

**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



II 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

17-18 ноября 2017 г.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Волгоград - 2018

Редакционная коллегия:

к э.н., доцент, зав. кафедрой экономики и менеджмента ВолгГМУ С. Ю. Соболева;

к.э.н., доцент, доцент кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ С. А. Князев

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 65+5

Оглавление

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ	9
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ КЛАСТЕРОВ В РОССИИ <i>Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич</i> ..	9
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СФЕРЫ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Аджиенко Всеволод Леонидович, Таран Олег Леонидович</i>	12
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ <i>Байдалова Ольга Васильевна</i>	15
МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖИ КАК ФАКТОР УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫМИ РИСКАМИ В МЕДИЦИНЕ <i>Гаврилова Ирина Сергеевна</i>	17
СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕНЕДЖМЕНТА В МЕДИЦИНЕ <i>Доника Алена Димитриевна</i>	19
АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ТУРИЗМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Косинова Наталья Николаевна</i>	21
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	25
PROBLEMS OF HEALTH INSURANCE IN INDIA <i>Rana Ripudaman (India)</i>	25
К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Белова Любовь Ивановна, Чернышѐва Ирина Валерьевна</i>	26
ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПРОДАЖ АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Вышемирская Елена Владимировна, Тайпакова Ирина Александровна</i>	28
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Онищенко Любовь Федоровна</i>	29
МОНИТОРИНГОВЫЕ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ <i>Пилипенко Виктор Александрович</i>	31
СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КОМПЛАЕНСА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Умбеткалиева Айжана Хайруллаевна, Чумаков Вячеслав Игоревич</i>	33
ОТРАЖЕНИЕ В УЧЕТЕ СИТУАЦИИ ОДНОВРЕМЕННОГО ПРИЗНАНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Хало Любовь Анатольевна</i>	35
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ВРАЧОМ <i>Шиндряев Сергей Олегович</i>	36
ДЕСТРУКТИВНЫЕ ГРУППЫ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ КАК ЗДОРОВЬЕРАЗРУШАЮЩИЙ ФАКТОР ДЛЯ МОЛОДЕЖИ <i>Шутилова Алина Сергеевна, Чумаков Вячеслав Игоревич</i>	37
ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ» В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2016 ГГ. <i>Бангаров Ризван Юннадиевич, Карагозян Арсен Левонович, Исабеков Руслан Сражудинович</i>	39
ДИНАМИКА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ С ЮФО <i>Бельская Екатерина Алексеевна, Кочеткова Екатерина Владимировна</i>	40
ПРОБЛЕМЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ПРОТИВ ВОЛИ ПАЦИЕНТА): НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Галичкина Ирина Вячеславовна</i>	42

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПОРТСМЕНОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016 ГОД <i>Гончарова Анастасия Александровна, Власов Даниил Сергеевич</i>	45
СОСТОЯНИЕ И ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ <i>Даняева Эка Кобовна</i>	46
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОВОДА ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ <i>Дудин Роман Сергеевич</i>	49
ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО, КАК НОВЫЙ ВИТОК В РАЗВИТИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Ефимова Юлия Дмитриевна</i>	51
РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, КАК НОВЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ <i>Ефимова Юлия Дмитриевна</i>	53
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Заклякова Виктория Денисовна, Саргсян Саргис Арменакович</i>	56
ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТИ БИОНИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ <i>Зеленкина Анна Сергеевна</i>	58
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ <i>Каныгина Олеся Александровна, Каленова Мария Юрьевна</i>	59
ДИНАМИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2016 ГГ. <i>Киселева Карина Диасовна, Наткина Оксана Александровна</i>	61
РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ <i>Кондрашова Яна Владимировна</i>	63
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ КАК ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Конева Дарья Александровна</i>	65
ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙКОЗА В РОССИИ И ГЕРМАНИИ <i>Мищенко Ангелина Игоревна</i>	67
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ АССОРТИМЕНТОМ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ <i>Орлова Юлия Викторовна</i>	69
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Очирова Алина Эрдниева</i>	70
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖАЛОБ И ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ <i>Панченко Марина Леонидовна, Осыко Анна Николаевна</i>	71
УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ АССОРТИМЕНТОМ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Покасова Яна Александровна</i>	73
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ КАК ФАКТОР УВЕЛИЧЕНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Саломаткина Ирина Вячеславна</i>	74
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИКИ <i>Токарева Юлия Михайловна</i>	75
ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ <i>Токарева Юлия Михайловна</i>	77
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ИНВЕСТИЦИИ В ЛЮДЕЙ: ОПЫТ КОМПАНИЙ <i>Фиронов Максим Сергеевич</i>	80

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕВЕРНОЙ ОСЕТИИ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ (1917-1924гг.) <i>Хугаев Сослан Александрович</i>	82
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СОВРЕМЕННЫМ ПРИНЦИПАМ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА КАК ПРЕДИКТОР УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ <i>Цапков Александр Николаевич</i>	83
ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ОТ ЕЕ ЦЕНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ <i>Широкова Валентина Михайловна, Лиджиева Алина Хонгоровна, Накостхоева Мадина Беслановна</i>	85
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ <i>Якушкина Алина Андреевна</i>	88

**МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ:
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ 91**

INNOVATIONS IN MEDICINE- THE PROBLEM WITH IMPLEMENTATION <i>Niharika John (India)</i>	91
ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОУЧ-СЕССИЙ С ПОМОЩЬЮ АВТОМАТИЗАЦИИ ПРОЦЕССА <i>Князев Сергей Александрович</i>	92
АНАЛИЗ ИНВЕСТИЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ В ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РФ <i>Михайлова Наталия Александровна</i>	94
ТЕНДЕНЦИИ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Полусмакова Наталия Сергеевна</i>	97
ИННОВАЦИОННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ И ИХ МОДИФИКАЦИИ <i>Самошина Екатерина Андреевна, Плетнева Ирина Владимировна</i>	99
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ <i>Самошина Екатерина Андреевна</i>	100
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМ И МЕТОДОВ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ВУЗОВСКИХ ИННОВАЦИЙ <i>Ситникова Светлана Евгеньевна</i>	101
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ (НА ПРИМЕРЕ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ «S CLASS CLINIC» В ГОРОДЕ ВОЛГОГРАДЕ) <i>Акишенко Анастасия Игоревна, Зарубин Николай Андреевич</i>	103
ПРОБЛЕМА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ВЫБОРА МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНОЙ <i>Алтынова Дарья Сергеевна</i>	105
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Архипова Елена Алексеевна</i>	107
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ КАК ПРЕДПОСЫЛКА УСПЕШНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ БУДУЩИХ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ <i>Бабкин Александр Алексеевич</i>	109
ПЕРЕДОВЫЕ ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ПРИЧИНЫ, СДЕРЖИВАЮЩИЕ ИХ ВНЕДРЕНИЕ <i>Батырова Диана Артуровна</i>	110
СЛИЯНИЯ И ПОГЛОЩЕНИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ КАК РЕЗУЛЬТАТ ИЗМЕНЕНИЯ МАРКЕТИНГОВОЙ ПОЛИТИКИ КОМПАНИИ <i>Гончарова Александра Евгеньевна</i>	112
СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ПО ДАННЫМ ОБЗОРА ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ) <i>Доника Елизавета Сергеевна</i>	114
СОДЕРЖАНИЕ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Капитонова Анна Олеговна</i>	116
ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ <i>Киракосян Гегам Агасиевич</i>	119
ПРОБЛЕМА ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Масаева Алисат Султановна</i>	121
АНАЛИЗ ЦЕНОВОЙ КОНКУРЕНЦИИ НА АПТЕЧНОМ РЫНКЕ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА <i>Некрасов Дмитрий Александрович</i>	123

ОСОБЕННОСТИ ИМИДЖЕВОЙ ПОЛИТИКИ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Николаева Елизавета Сергеевна</i>	125
ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Осауленко Анастасия Сергеевна</i>	127
МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СУЩНОСТЬ И СОСТАВЛЯЮЩИЕ <i>Подсеваткина Анастасия Константиновна</i>	129
РОЛЬ ИННОВАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Подсеваткина Анастасия Константиновна</i>	136
СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ МАРКЕТИНГА <i>Подсеваткина Анастасия Константиновна</i>	138
МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Просвиоров Владимир Михайлович</i>	140
ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Ткач Вадим Витальевич, Захарова Анастасия Валентиновна</i>	141
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Усенкова Ангелина Олеговна</i>	143
ПУТИ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ <i>Хохлачева Елизавета Андреевна</i>	144
ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Щукина Валерия Владимировна</i>	147
ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	149
HEALTHCARE AND MEDICAL SERVICES IN MALAYSIA <i>Brandon Richard Lim Liang Koon (Malaysia)</i>	149
MOTIVATION THE WORK OF MEDICAL PERSON <i>Harprit Sandhu (India)</i>	150
HOW POVERTY KILLS <i>Harshal Sabe (India)</i>	151
HEALTH CARE: AN UNIVERSAL PRIORITY <i>Girhe Harshal (India)</i>	152
ACCESSIBILITY OF MEDICAL AID OF RURAL AND REMOTE AREAS IN INDIA AS THE GREATEST CHALLENGE of 21 ST CENTURY <i>Nagarajan Anju</i>	154
ENTREPRENEURSHIP IN THE FIELD OF HEALTH <i>Sharvin Chougule (India)</i>	155
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЯМИ В СВЕТЕ ПОСТУЛАТОВ СОВРЕМЕННОЙ ФИЛОСОФИИ ГУМАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ <i>Артюхина А.И., Великанов В.В., Великанова О.Ф.</i>	157
КОНКУРЕНЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Васильева Анжелика Валерьевна</i>	160
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТОВ ГЧП В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Герасименко Ольга Александровна</i>	162
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ЭТАПЫ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Иванов Николай Прокофьевич, Алексева Наталья Викторовна</i>	164
ПРОЕКТНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Кузьмина Лада Рудольфовна</i>	166
СТИМУЛИРОВАНИЕ РАБОТНИКОВ РАЙОННОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МЕТОДАМИ ИНЖЕНЕРНОЙ ПСИХОЛОГИИ <i>Лауфер Константин Маркович</i>	168
ПРОБЛЕМА МОТИВАЦИИ И ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Легенькова Надежда Михайловна</i>	170
ПРАКТИКА ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ИНДИКАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ <i>Тхорилов Борис Александрович</i>	172

МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВСЕ ЛИ РЕШАЮТ ДЕНЬГИ? <i>Черёмушникова Ирина Кабдрахимовна</i>	175
УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРЦЕПТИВНОГО ОБЩЕНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА (ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) <i>Шиндряева Ирина Викторовна</i>	177
ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЙ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ <i>Элланский Юрий Геннадьевич, Приз Евгения Вячеславовна</i>	179
УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Абрамова Анна Сергеевна</i>	181
ФИНАНСОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Абрамова Анна Сергеевна</i>	183
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКИ В УСЛОВИЯХ САНКЦИЙ <i>Акимова Виктория Евгеньевна</i>	185
РОЛЬ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Арутюнян Микаел Эдвардович</i>	186
ПУТИ УПРАВЛЕНИЯ ЛОЯЛЬНОСТЬЮ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Батычёк Анастасия Евгеньевна</i>	188
ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В РАЗВИТИИ ИНФРАСТРУКТУРЫ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ <i>Беляева Юлия Михайловна</i>	190
ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Болдырева Полина Анатольевна</i>	192
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ И ЕГО ЗНАЧИМОСТЬ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА <i>Болдырева Полина Анатольевна</i>	194
УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Вальчук Юлия Сергеевна</i>	196
ВНЕДРЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ «О КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЕ В СФЕРЕ ЗАКУПОК ТОВАРОВ, РАБОТ, УСЛУГ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД» НА БАЗЕ ВОЛГОГРАДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА <i>Гаврилова Ангелина</i>	198
ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗАКУПОК В ГОСУДАРСТВЕННЫХ/МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) <i>Гаврилова Ангелина</i>	201
ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ СЕЛЬСКОГО ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Глазырина Александра Андреевна</i>	203
ОПЛАТА ТРУДА ВРАЧЕЙ ОТ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ ДО НАШИХ ДНЕЙ <i>Демидова Алёна Александровна, Фролова Ирина Алексеевна</i>	205
СПОСОБЫ МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Долаева Алина Алибековна</i>	209
АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА ЗАРУБЕЖНЫХ СТАЖИРОВОК ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Дорофеев Никита Алексеевич, Машлыкин Алексей Андреевич</i>	211
СИСТЕМА КРИ КАК СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Ерёмин Николай Викторович, Борискина Татьяна Борисовна, Борискина Мария Александровна</i>	213
МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Ильин Сергей Владимирович</i>	217
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАТЕГОРИЙ «МЕНЕДЖМЕНТ» И «СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА» <i>Казмина Ксения Романовна</i>	219
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Калачева Дарья Германовна</i>	221

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В РОССИИ <i>Калмыкова Марина Павловна</i>	222
ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ <i>Кваченко Виктория Дмитриевна</i>	224
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПО ДАННЫМ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Кузьмина Татьяна Николаевна</i>	226
ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА МОТИВАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Лиманская Наталья Игорьевна</i>	228
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ <i>Мочалова Наталья Алексеевна</i>	230
РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Мужиченко Анна Сергеевна</i>	232
СТРУКТУРА ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ <i>Мухараева Элина Мингияновна</i>	233
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Пономарева Анастасия Дмитриевна</i>	236
ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ:.....	237
РОССИЙСКИЕ РЕАЛИИ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ <i>Рябова Екатерина Владимировна</i>	237
ОСОБЕННОСТИ СОЗДАНИЯ ЧАСТНОЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Сарангов Очир Владимирович</i>	239
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ГКБ ИМ. БРАТЬЕВ БАХРУШИНЫХ <i>Соколова Ирина Олеговна</i>	242
ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ПОСРЕДСТВОМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ПРОЕКТ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА») <i>Циколенко Яна Александровна</i>	244
ПРЕИМУЩЕСТВА ЛИЗИНГА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Циколенко Яна Александровна</i>	245
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Циколенко Яна Александровна</i>	247
ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Чекалова Анастасия Руслановна</i>	249
ПУТИ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Шукшенцева Татьяна Александровна</i>	253
СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Шулико Дмитрий Игоревич</i>	254
СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОЦЕНКЕ, МОНИТОРИНГУ И ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ <i>Шулико Дмитрий Игоревич</i>	256
СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Юкина Виктория Игоревна</i>	259
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ <i>Юкина Виктория Игоревна</i>	262

УДК 61:338.48

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ
КЛАСТЕРОВ В РОССИИ**

Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Пространственные модели развития инновационной и конкурентоспособной среды территорий доказали свою состоятельность и поэтому успешно применяются правительствами и рыночными агентами по всему миру. Выбор той или иной модели зависит от географических, социально-экономических и производственных условий и факторов, которые сложились за определенные промежутки времени. Одной из самых оптимальных и востребованных из них является кластер, который позволяет привлечь государство, бизнес и науку для достижения экономических эффектов региона. Под экономическим кластером, концепцию которого наиболее полно отразил в своих трудах М. Портер, понимается «группа географически соседствующих взаимосвязанных компаний и связанных с ними организаций, действующих в определенной сфере и характеризующихся общностью деятельности и взаимодополняющих друг друга» [7].

В условиях последних международных ограничений в Российской Федерации реализуются государственные кластерные программы по развитию внутреннего туризма, в том числе, лечебно-оздоровительного и медицинского. Это позволяет мобилизовать не только территории для их успешного развития, но и привлечь российских и иностранных граждан в зоны лечебно-оздоровительного туризма, с получением частных инвестиций. Развитие внутреннего туризма опирается на известные рекреационные туристические пространства, существовавшие еще в советский период, а также на попытки, к сожалению, не всегда успешные, сформировать новые туристические зоны [8]. Повышению эффективности кластерных инициатив в сфере лечебно-оздоровительного туризма будет способствовать применение кластерного подхода, успешность которого напрямую зависит от учета факторов кластеризации, которые имеются в данном географическом ареале [1].

Конкретный набор факторов определяется в зависимости от вида кластера – промышленного, инновационного, химико-фармацевтического. Для туристско-рекреационного кластера с лечебно-оздоровительной (санаторной) специализацией в состав основных факторов будут входить: санаторно-курортные учреждения, высшие и средние учебные заведения соответствующего профиля, высокотехнологичные медицинские центры, медицинские учреждения, малые инновационные предприятия, стартап-компании, сервисные предприятия (Таблица 1).

Однако ни одно лечебно-оздоровительное пространство, по нашему мнению, не обладает всем необходимым набором факторов, а соответственно и участников для успешной кластеризации. Так, большинство из них включает в себя: а) санаторно-курортные учреждения: санатории, пансионаты с лечением, лечебницы, ванны корпуса, бюветы, курортные галереи, курортные парки, лесопарки и терренкуры; б) базы и пансионаты отдыха, гостиницы, мотели, кемпинги и другие средства размещения и отдыха туристов; в) рестораны, кафе, закусочные, столовые. Однако для развития кластера недостаточно наличия медицинских и сервисных и учреждений, требуется появление высокотехнологичных инфраструктурных объектов [2].

Если рассматривать формирование медицинского кластера на конкретном примере развития Кавказских минеральных вод (КВМ), то можно констатировать наличие следующих факторов кластеризации: вузы – ПМФИ (филиал Волгоградского государственного

медицинского университета), Российский государственный университет туризма и сервиса (Пятигорский филиал), НИИ курортологии, санаторно-курортные учреждения, которые представлены большим количеством государственных и частных санаториев и сервисные предприятия, которые состоят из ресторанов, столовых, закусочных, гостиниц, пансионатов и других учреждений. Тесное взаимодействие субъектов ядра лечебно-оздоровительного кластера – бальнеологической науки, вузов и санаторно-курортных учреждений позволило бы решить главную задачу по созданию цепочки ценности для клиентов, а именно обеспечение преемственности в применении научного, лечебного, оздоровительно-реабилитационного и сервисного процессов.

Таблица 1

Основные факторы кластеризации кластера медицинского туризма

№	Факторы кластеризации	Факторные эффекты
1	Высшие и средние учебные заведения	Подготовка научных, медицинских и сервисных кадров, проведение фундаментальных научных исследований
2	Высокотехнологичный медицинский центр	Оказание высокотехнологичной узкоспециализированной медицинской помощи
3	Санаторно-курортные медицинские учреждения	Оказание санаторно-курортной помощи
4	Сервисные учреждения	Организация и координация участников, обслуживание медицинских туристов
5	Малые инновационные предприятия	Внедрение достижений науки в области охраны здоровья в зонах медицинского туризма
6	Стартап-компании	Привлечение инвестиций в зоны медицинского туризма

Сост. авторами

Отличительными особенностями лечебно-оздоровительного кластера на КМВ являются:

- уникальные природные курортные зоны, получившие развитие в период 60-80 гг. XX столетия;
- наличие значительного числа санаторно-курортных и сервисных предприятий различных форм собственности;
- наличие достаточного количества квалифицированных и опытных медицинских специалистов высшего и среднего специального образования, а также специалистов по туристическому обслуживанию населения;
- наличие широкого спектра лечебно-диагностических, оздоровительных и реабилитационных услуг;
- конкурентоспособная цена на предлагаемые услуги по сравнению с западными аналогами;
- логистические преимущества за счет компактного расположения участников лечебно-оздоровительного кластера.

Сегодня ни для кого не является секретом то, что ведущие курорты Восточной Европы по сути трансформировались из лечебно-профилактических учреждений в туристско-оздоровительные. Если в РФ продолжают действовать два вида курортного лечения - санаторно-курортный и амбулаторно-курортный, то ведущие иностранные курорты представляют только один вид – амбулаторно-курортный, при этом ведущим лечебным учреждением является не поликлиника, а отель. На примере известного чешского курорта в городе Карловы Вары можно проследить тенденцию по уменьшению или по сворачиванию процедур лечебного назначения и переход на процедуры оздоровительного характера. В перечне услуг отелей, ориентированных на иностранных туристов, в основном преобладают классические Карловарские процедуры: газовые уколы и сухие углекислые ванны на основе медицинского газа CO₂, жемчужные ванны, подводный массаж, душ Шарко, ингаляции, ультразвук, магнитотерапия, грязевые пакеты, лимфодренаж, то есть щадящие физиотерапевтические процедуры [6].

Для сравнения ниже приводим перечень услуг, подразделений и консультаций в одном из санаториев КМВ: клинико-биохимическая лаборатория, кабинет электрокардиографии, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, мочеполовой системы, щитовидной железы, отделение гидрокинезии: подводный душ-массаж, душ Шарко, циркулярный душ, восходящий душ, отделение бальнеолечения с отпуском натуральных минеральных ванн, отделение классического ручного массажа, электрогрязевой кабинет, где проводится гальваногрязелечение, СМТ-грязелечение, пародонтогрязелечение, физиотерапевтическое отделение, отделение лечебных микроклизм и сифонных промываний кишечника, ингаляций, зал лечебной физкультуры, кабинеты традиционных методов лечения: аутотренинга, иглорефлексотерапии, галокамера, тренажерный зал, инфракрасная кабина, лечебно-консультативная помощь врачей: невролога, гинеколога, уролога, диетолога, педиатра, физиотерапевта [5].

Таким образом, мы в наборе услуг стандартного санатория на территории России имеем гораздо более широкий спектр услуг лечебного и реабилитационно-оздоровительного характера. Это, прежде всего, связано с тем, что российская система здравоохранения не отошла от основополагающего принципа преемственности в лечении больных и реконвалесцентов. Восточноевропейская система санаторно-курортного лечения превратилась в индустрию туристическо-оздоровительную, которая подразумевает сочетание щадящих оздоровительных процедур и развлекательных мероприятий. Немаловажным подтверждением наших выводов о трансформации медицинских заведений является также факт отсутствия в системе зарубежных отелей диетических столов питания, специального санаторного режима, рекомендованных сроков прохождения лечения на курорте, которые являются необходимым атрибутом лечебных мероприятий.

Аналогично российской курортной системе продолжает функционировать немецкая система санаторно-курортного оздоровления. Однако в ней большой уклон сделан на дорогостоящие диагностические процедуры. Например, в одной из клиник курорта Баден-Баден, программа «Обследование на уровне платиновой категории, имеет стоимость 10580 евро на одного человека без лечения и проживания, а программа «Обследование на уровне серебряной категории», которая включает в себя: анамнез и клинический осмотр, расширенный анализ крови, кардиологическое обследование (ЭКГ в покое и под нагрузкой, эхокардиографию), дополнительная диагностика (УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, цветное дуплекс - УЗИ сонных артерий), подробная заключительная беседа по результатам обследования, рекомендации и письменное заключение, без лечения и проживания имеет стоимость от 2.875 евро на одного человека, что демонстрирует ориентацию на премиум-сегмент и делает их недоступными для большинства российских пациентов [6].

Несмотря на видимые преимущества в организации лечебного подхода, нельзя не отметить и значительные недостатки в отечественной системе организации оздоровительного процесса. Это, прежде всего, значительный износ основных фондов более 30%, а также большая доля убыточных санаторно-курортных организаций более 25%, отсутствие достаточного финансирования для обновления коечного фонда и внедрения инноваций, наличие старого советского подхода к обслуживанию пациентов и отдыхающих [4].

Тем не менее, совершенствование финансирования кластера медицинского туризма в КМВ поможет решить часть накопившихся проблем в отрасли и не растерять преимущества, которые сформировались за годы внедрения и реализации федеральной целевой программы «Здоровье».

Список литературы

1 Аджиенко, В.Л. Институциональные предпосылки формирования и факторы успеха региональных фармацевтических кластеров (на примере Волгоградской области) [Текст] / А.В. Соболев, В.Л. Аджиенко // Вестник ВолГУ. Серия 3 «Экономика. Экология». – 2012. - №1(20). С. 131 – 138

2 Глущенко, В.В. Модели концепций рекреации, ее фундамента и функций, сущность и соотношение рекреационного и туристского пространств, курорта, дестинации и кластера. - [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://uecs.ru/logistika/item/2791-2014-03-01-07-30-42>

3 Концепция федеральной целевой программы «Развитие внутреннего и въездного туризма в Российской Федерации (2011-2016 годы)»: распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 июля 2010 г. - №1230-р. // Справ.-правовая система «Консультант плюс».

4 Мещерякова, Л.А. Влияние санаторно-курортного комплекса Кавказских минеральных вод на экономическое и социальное развитие региона // Региональная экономика: теория и практика. 2007. №4. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sanatorno-kurortnogo-kompleksa-kavkazskih-mineralnyh-vod-na-ekonomicheskoe-i-sotsialnoe-razvitie-regiona> (дата обращения: 17.04.2017).

5 Официальный сайт «Санатории Кавказских Минеральных вод». [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://kavminvods.ru/>

6 Портал бронирования санаториев в Европе. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.sanatoriums.com>

7 Портер, М. Конкуренция. М.: Вильямс, 2002. - 496 с

8 Соболева, С.Ю. Лечебно-оздоровительный туризм в России в условиях кризиса: особенности развития и региональная специфика / Соболева С.Ю., Соболев А.В // «Современный туризм в лечебной и оздоровительной деятельности» [Текст]: науч. тр. II Межрегион. науч.-прак. конф. с междунар. участием; г. Пятигорск, 27 – 28 мая 2016 / Под общ. ред. В.И. Петрова. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2016. – 126 с. – С.57 – 63.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СФЕРЫ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Аджиенко Всеволод Леонидович, Таран Олег Леонидович

Россия, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал Волгоградского государственного медицинского университета

Развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, кроме того, деятельность учреждений санаторно-оздоровительного комплекса мультипликативно влияет на другие отрасли экономики, в связи с чем на данный момент многократно возрастает медико-социальная и социально-экономическая значимость санаторно-курортного комплекса и санаторно-курортного лечения.

О динамике численности санаторно-курортных организаций в России можно судить по данным рисунка 1.

За последние 16 лет отмечается отрицательная динамика численности санаторно-курортных организаций, в основном за счет уменьшения почти в 2 раза численности санаториев-профилакториев (в 2016 г. 47% по отношению к 2000 г.).

Всё это иллюстрирует важность сохранения и дальнейшего развития курортного дела, санаторно-курортная отрасли в целом, которая сегодня отягощена различными проблемами, требующими поиска их адекватного решения, это: отсутствие единых государственных подходов в области курортного дела, в том числе нормативно-правового регулирования и экологического контроля организации и функционирования лечебно-оздоровительных местностей и курортов в Российской Федерации; недостаточный уровень материальной базы санаторно-курортных учреждений и как следствие слабое качество санаторно-оздоровительных услуг и сервисного обслуживания; ослабление контроля за использованием

природных лечебных ресурсов, экологического контроля и природоохранной деятельности на территориях курортов и др.

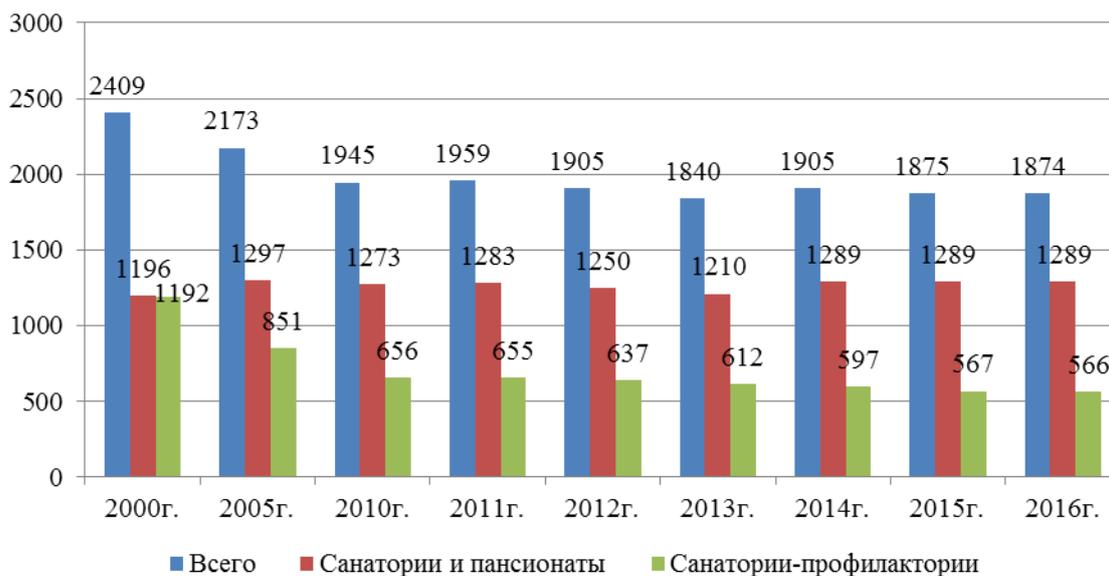


Рис. 1. Количество санаторно-курортных организаций в Российской Федерации, единиц (сост. авт.)

Одна из наиболее острых проблем, сдерживающая развитие санаторно-курортного комплекса и не обеспечивающая его конкурентоспособность – это недостаточный уровень состояния материально-технической базы санаторно-курортных организаций. Более 80% износа зданий имеют 70 государственных санаторно-курортных организаций (18% от общего числа), из них 21 - федеральной собственности. По данным Государственного реестра курортного фонда Российской Федерации, общая площадь зданий государственных санаториев, нуждающихся в ремонте, в настоящее время составляет 743 609 м² (17,2% от общей площади) [1]. Необходимая сумма капитальных вложений на восстановление и модернизацию в среднем на один объект оценивается от 85 до 200 млн рублей, а ориентировочная общая потребность составляет порядка 37 млрд. рублей. Суммарная неиспользуемая площадь государственных санаториев, в основном региональной собственности, составляет 1 756 782,3 м² (45,6% от общей площади).

Прогрессирующий износ материально-технической базы санаторно-курортных учреждений и инфраструктуры курортов в целом не только ведет к сокращению доступности и снижению объемов санаторно-курортного лечения населения страны, но и оказывает негативное влияние на экологическую и санитарно-эпидемиологическую ситуацию на курортах.

В настоящее время финансовые показатели по отрасли свидетельствуют о значительном недофинансировании. Если на здравоохранение в целом в 2014 г. инвестиции в основной капитал составили 195 млрд рублей или 1,4% от всех инвестиций в основной капитал экономики в целом, то инвестиции в основной капитал санаторно-курортных организаций в 2014 г. составили 10,188 млрд рублей или 5,2% от инвестиций в здравоохранение в целом.

Собственные доходы государственных и муниципальных санаторно-курортных организаций не позволяют формировать собственные инвестиционные ресурсы для осуществления инвестиций в масштабную реконструкцию и ремонт, модернизацию лечебной базы. Так, к примеру, только на территории Кавказских Минеральных Вод в четырех городах-курортах расположены 73 объекта «долгостроя» (Минеральные воды -21, Кисловодск -21, Пятигорск - 13, Ессентуки - 13, Железноводск - 5), в большинстве это санаторно-курортная инфраструктура (санатории, бьюеты, ванны и т.д.).

Особо остро стоит проблема доступности санаторно-курортных услуг (Рисунок 2). Так только по итогам 2016 г. цены на услуги санаториев СКФО выросли на 20,5% по

сравнению с 2015г. Введение курортного сбора в 2018г. в размере 50 руб. с человека в сутки, также будет способствовать снижению доступности санаторно-курортного лечения, тем более, что в дальнейшем планируется плавное увеличение курортного сбора.

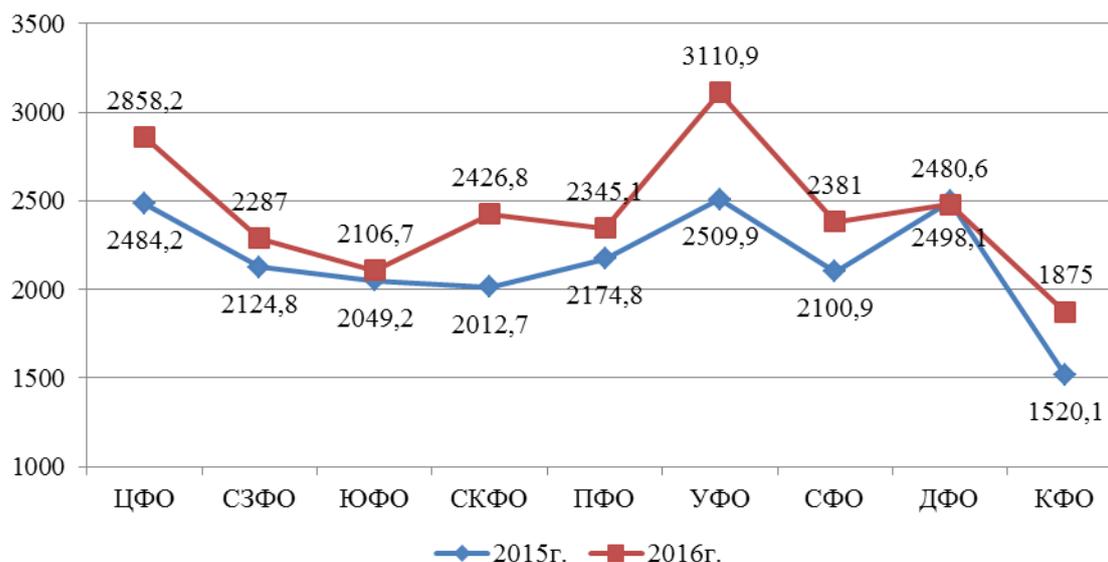


Рис. 2. Средние потребительские цены на услуги санаториев в 2015-2016гг. (Приведены цены за проживание в двухместном номере в расчете на одного человека в сутки)

7 апреля 2017г. на сайте Минздрава РФ появился проект «Государственной стратегии развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации» [2], одним из целевых показателей реализации которой является – «Разработка и внедрение программ по развитию санаторно-курортного комплекса субъекта РФ или программ по увеличению доступности санаторно-курортного лечения населению субъекта РФ». Возникает вопрос – как регионы РФ должны увеличивать доступность санаторно-курортного лечения, если зачастую региональные законодательные инициативы блокируются на федеральном уровне. Приведем небольшой пример – депутатами краевой Думы Ставропольского края были внесены в Государственную Думу и в Правительство Российской Федерации два законопроекта, цель которых сводилась к повышению доступности отдыха в санаторно-курортном комплексе региона Кавминвод. Первый законопроект предусматривал вычет определенной суммы на приобретение путевки из налога на доходы физических лиц граждан РФ, которые предпочтут оздоровительный лечебный отдых на Кавминводских курортах. Второй законопроект предлагал использовать шесть процентов из фонда оплаты труда предприятий на оплату путевок в санаториях Кавказских Минеральных Водах. Обе законодательные инициативы краевых парламентариев получили отрицательное заключение экспертов правительства. Причина чисто финансовая – это отрицательно повлияет на состояние бюджета (при этом никто и не думает задумываться о экономическом эффекте от оздоровления работоспособного населения).

Вообще финансовые вопросы той самой доступности санаторно-курортного лечения в Концепции практически не отражены, зато сказано о необходимости принятия закона о проведении эксперимента по введению курортного сбора, который как мы уже отмечали, способствует скорее увеличению финансовой нагрузки на население и снижению доступности санаторно-курортного лечения. Кроме того в проекте предлагается «вовлечение в коммерческий оборот объектов государственного имущества санаторно-курортного комплекса», создание в этих целях в ведении государственных органов власти специализированных проектных организаций, а также «создание территорий опережающего социально-экономического развития на курортах». При этом вопросам снижения фискальной нагрузки на санаторно-курортный комплекс, в том числе в связи с переходом на взимание налогов на землю и имущество по кадастровой оценке ни сказано ничего, также не

рассматриваются вопросы повышения эффективности использования средств, направляемых из государственного бюджета и внебюджетных фондов на финансирование реабилитации и санаторно-курортного лечения льготных категорий граждан, а также соответствующих транспортных расходов. В этой связи необходимо отметить, что по оценкам экспертов в последние годы, число граждан, получивших санаторно-курортное лечение составляет порядка 4%, хотя в советский период в санаторно-курортных учреждениях ежегодно отдыхали почти 60 млн. человек, реальный же размер целевой российской аудитории нуждающейся в санаторно-курортном лечении, на сегодня составляет порядка 14%.

Таким образом, обеспечение доступности санаторно-курортной помощи населению и усовершенствование системы обеспечения санаторно-курортным лечением различных групп населения страны должны стать приоритетной задачей развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации. Параллельно с этим должна вестись работа по обеспечению сохранения, рационального использования и воспроизводства природных лечебных ресурсов, а также улучшению инвестиционного климата и поддержки инвесторов на курортных территориях, с одновременным внедрением системы ограничений для недобросовестных участников рынка в санаторно-курортном комплексе (как среди санаторно-курортных организаций, так и среди инвесторов).

Список литературы

1. Государственная стратегия по развитию санаторно-курортного комплекса Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/gosudarstvennaya-strategiya-po-razvitiyu-sanatorno-kurortnogo-kompleksa-rossiyskoy-federatsii>

2. Государственный реестр курортного фонда Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://kurort.rosminzdrav.ru/>

УДК 316.472.4

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Байдалова Ольга Васильевна

Россия, Волгоградский государственный социально педагогический университет

В современной России за последнее десятилетие значительно возрос интерес исследователей различных смежных дисциплин к проблеме влияния социетальных факторов на общественное здоровье. Ученые рассматривают в качестве детерминант здоровья российского населения параметры экономической и социальной среды макро- и мезо – уровней. Ключевым понятием данной темы является общественное здоровье. По характеру деятельности, как сказано в Большой медицинской энциклопедии, «общественное здоровье - это изучение оздоровляющего эффекта, а также неблагоприятного влияния социальных факторов и условий на здоровье населения и его групп и выработка научно обоснованных рекомендаций по устранению и предупреждению вредного для здоровья людей влияния социальных условий и факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья»[1]. С точки зрения социологического анализа общественное здоровье складывается из влияния факторов макро- и микросреды, которые, детерминирует медико-демографические показатели здоровья и его интегральное выражение – продолжительность жизни.

При исследовании различных аспектов и тенденций общественного здоровья в социальной медицине как интегральной науке и сравнительно молодой учебной дисциплине следует более активно применять институциональный подход. Прежде всего, следует понимать, что качество здоровья и продолжительность жизни, начиная с рождения

человека, связаны и опосредуются факторами социальных институтов общества. Например, семьей, наукой, системой образования, здравоохранения, домохозяйством, рынком занятости и т.д. Социальный институт, как известно, представляет собой стандартизированную форму, в рамках которой каждый из нас удовлетворяет свои социальные потребности. В социологии принято социальные факторы, обуславливающие жизнедеятельность человека, классифицировать по следующим основаниям: социально-экономические (образ жизни, условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т.д.); социально-биологические (возраст, пол, наследственность и т.д.); эколого-климатические (состояние воздуха, воды, почвы, уровень солнечной радиации и т.д.); медико-организационные (качество, эффективность, доступность медико-социальной помощи и т.д.); правовые, направленные на правовое обеспечение прав граждан на здоровье и регламентирующие механизмы их реализации через государственные и негосударственные хозяйственные и социальные институты на федеральном, территориальном и муниципальном уровнях с участием самих граждан; социокультурные, связанные с формированием культуры здоровья, организацией досуга населения, популяризацией образа жизни, адекватного здоровью, с учетом этнических, национальных, религиозных и других идей, традиций и обрядов; личностные, ориентирующие каждого человека на формирование, сохранение и укрепление своего здоровья, тесно связанного с развитием общей культуры и пониманием личной ответственности за свое здоровье.

Ожидаемая продолжительность жизни прямо связана с величиной прожиточного минимума, который в каждом регионе принимается местными региональными органами власти. Этот показатель отражает стоимостную оценку натурального набора продуктов питания, необходимых для сохранения здоровья человека и обеспечения его жизнедеятельности, а также расходов на непродовольственные товары и услуги, налоги и обязательные платежи, исходя из доли затрат на эти цели групп населения с низкими доходами. Так прожиточный минимум в Волгоградской области в 2017 году за второй квартал 2017 г. в расчете на душу населения - 9464 рубля; для трудоспособного населения - 10146 рублей; для пенсионеров - 7670 рублей; для детей - 9664 рубля [2]. Для неработающего населения минимальная потребительская корзина – это объем средств, позволяющих поддерживать жизнеспособность человека. Необходимо отметить, что прожиточный минимум в каждом регионе утверждается в законодательном порядке. Различия значений прожиточного минимума здесь зависят, прежде всего, от разницы в ценах на продовольственные и непродовольственные товары повседневного спроса.

Цифры сами говорят за себя и естественно абсолютно не отражают объективные потребности населения с точки зрения социально - демографических и социально-психологических характеристик. Фактически прожиточный минимум – это цена выживания, а приведенные данные говорят о том, что они абсолютно не отвечают здравому смыслу и не создают базу для общественного здоровья.

Не менее тревожные данные приводят Т.О. Тагаева, В.М. Гильмундинов - за последние два десятилетия положение со здоровьем ухудшилось во всех федеральных округах Российской Федерации. Число ежегодно регистрируемых впервые заболевших раковыми новообразованиями возросло с 1992 по 2011 год на 80%[3]!

Схема анализа статистического и эмпирического материала различных аспектов в регионе должна определяться характером социально-экономического процесса, его развитием и происходящими изменениями. Многообразие социальной жизни это многообразие условий жизни, качества и образа жизни, социальных и профессиональных ролей, личностных характеристик. Определяя, например, жизненную ситуацию респондентов, выявляя к какому типу отношений – контексту ситуации – принадлежит данная эмпирическая наблюдаемая ситуация, можно представить набор индикаторов, по которому строится индекс удовлетворенности жизненной ситуацией: 1. доход; 2. работа (деятельность); 3. семья; 4. образование; 5. здоровье; 6. обеспеченность товарами и услугами;

7. реализация культурных и социально значимых потребностей; 8. общение; 9. бюджет времени; 10. социальная стабильность; 11. личная безопасность и т.д.

Приведенный «внутренний набор» факторов, по которому можно исследовать социальную ситуацию в регионе и соответственно жизненную ситуацию респондентов, является общепринятым в социальной статистике. Этот факт, по-видимому, указывает на то, что в сфере ценностных отношений к образу жизни между обществом и индивидом существует глубокая социальная связь или аналогия. То, что концентрированно описывает общество, оказывается не чем иным, как концентрированным, сокращенным описанием бытия индивида. Например, численность населения Волгоградской области на 1 января 2016 г. составила 2545,9 тыс. человек и уменьшилась по сравнению с предыдущим годом на 11,5 тыс. человек, или на 0,4%. В 2015 г. число родившихся составило 29,3 тыс. человек и уменьшилось по сравнению с предыдущим годом на 346 человек, или на 1,2%. Число умерших составило 35,1 тыс. человек. Этот показатель в 1,2 раза превысило число родившихся.[4]. За каждой этой статистической величиной стоит опосредованный фактор, влияющий на общественное здоровье как единый функционирующий субъект на основе медико-демографических показателей.

Список литературы

1. Большая медицинская энциклопедия под редакцией академика Б. В. Петровского. - БМЭ. 3-е изд. - Т. 25. - С. 60.

2. Волгоградская область в цифрах 2016. Краткий статистический сборник. - Федеральная служба государственной статистики территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области (Волгоградстат). Волгоград 2017. Официальное издание. - С.38

3. Тагаева О., Гильмундинов В.М. Статистический анализ влияния факторов риска на ухудшение общественного здоровья//Проблемы прогнозирования ИНИ РАН.- 2015.- №1. - С.105.

4. Волгоградская область в цифрах 2016. Краткий статистический сборник. - Федеральная служба государственной статистики территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области (Волгоградстат). Волгоград 2017. Официальное издание. - С.67.

МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖИ КАК ФАКТОР УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫМИ РИСКАМИ В МЕДИЦИНЕ

Гаврилова Ирина Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Современная отечественная система здравоохранения претерпевает постоянные изменения, особенно последнее десятилетие и, зачастую, эти трансформации обусловлены социальными вызовами современного российского общества, умноженные на экономические тески. Стоит отметить, что принцип приоритетности здоровья как естественной и абсолютной жизненной ценности остается неизменным. Говоря о социальных вызовах и рисках в здравоохранении, в данной статье имеется в виду медицинская грамотность населения как составляющая информационной компетентности современного человека, не обладая которой, он подвергает риску свое здоровье и здоровье близких. Обеспечение доступа к корректной медицинской информации является одним из приоритетных направлений в системе управления в медицине, поскольку затрагиваются важные национальные стратегические интересы, такие как укрепление здоровья населения, наряду с усилением ответственности индивидуума за свое здоровье [1].

Уровень медицинской грамотности оказывает существенное влияние на риск возникновения, тяжесть течения болезни и скорость выздоровления от многих социально-

значимых и социально-опасных заболеваний, например, таких как ВИЧ/СПИД, онкология, сердечно-сосудистая патология. Низкий уровень медицинской грамотности актуализирует факторы риска заболевания, а также создает мифическую окраску заболевания и ложные надежды на излечение способами нетрадиционной медицины [2].

В нашем исследовании мы провели анкетирование 207 человек от 18 до 30 лет. Опрос носил анонимный характер, из социально-демографических признаков учитывался возраст респондентов. Анкетирование проводилось посредством электронной рассылки в сети Интернет. Задачей анализа является выявление уровня медицинской грамотности молодежи относительно социально-значимых заболеваний.

Первый блок вопросов был направлен на выяснение уровня знаний молодежи об основах социально-значимых заболеваний, таких как прогнозы развития заболевания и способов лечения, последствия.

Второй блок направлен на понимание того, насколько респондент информирован о таких методах профилактики, как самоконтроль, прием витаминов, наблюдение у врача и диспансеризация, грамотное пищевое и половое поведение, здоровый и активный образ жизни.

В третий блок опросника включены вопросы, целью которых было выяснение уровня знаний о факторах риска возникновения и развития социально-значимых заболеваний, таких как генетическая предрасположенность к ним, гендерно-демографические признаки, табакокурение и употребление алкоголя, пищевые и искусственные канцерогены, вредные факторы производства и экологии, радио- и ультрафиолетовые излучения, а так же вирусные заболевания и ожирение.

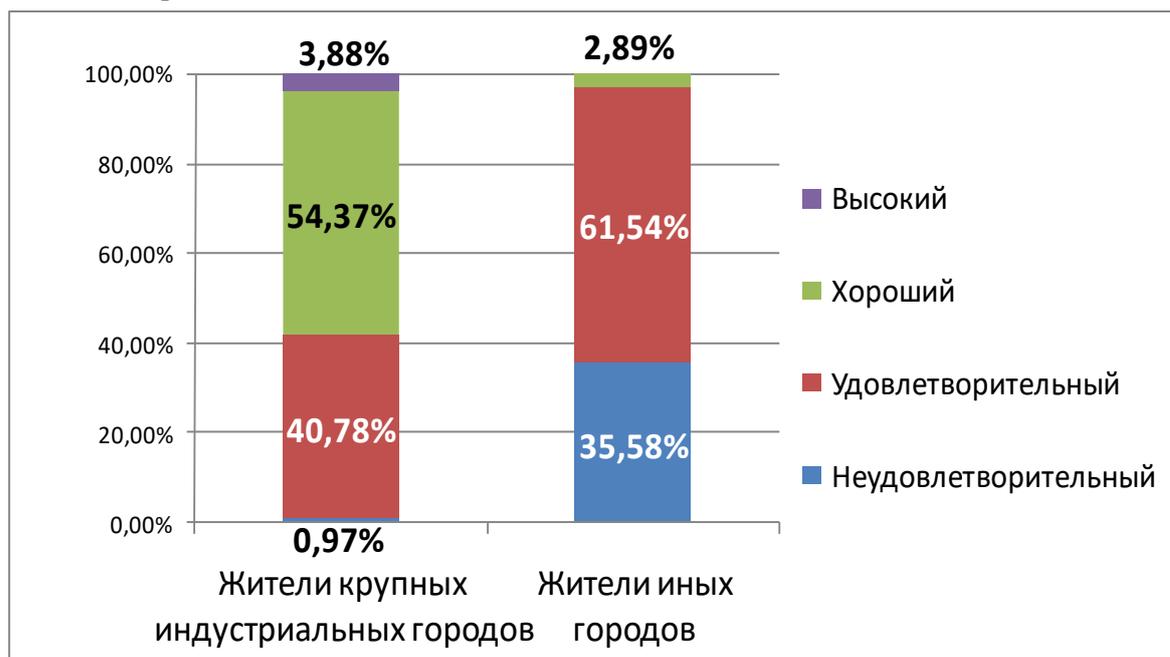


Рис 1. Распределение уровня медицинской грамотности респондентов на основе территориального признака

В ходе исследования уровня медицинской грамотности молодежи в возрасте от 18 до 30 лет были получены следующие данные:

Уровень информированности относительно общих сведений об СЗЗ у жителей индустриальных городов и мегаполисов выше, чем у жителей малых городов. В целом уровень знаний по категории «Общие сведения» достаточно высок, однако вопросы данного блока относительно нетрадиционных методов лечения и угрозы инвалидности вследствие нуждаются в проработке совместно со специалистами.

Молодежь из неиндустриальных городов в недостаточной мере ознакомлена с факторами риска развития СЗЗ. В целом факторы риска молодежь знает принципиально хуже общих сведений. Большое количество вопросов, затрагивающих такие факторы риска, как

режим и правильность питания, вирусные инфекции, некорректируемые факторы риска, а также ультрафиолетовое и ионизирующее излучения, у половины респондентов вызвали большие затруднения.

Согласно полученным данным, уровень медицинской грамотности в отношении СЗЗ заболеваний среди молодежи индустриальных городов можно считать достаточно высоким. Ряд вопросов требует основательного подхода к ним в целях повышения осведомленности по ним. В свете вышесказанного становится очевидной необходимость проведения мер первичной профилактики путем повышения медицинской грамотности молодежи, проживающей в неиндустриальных городах.

Список литературы

1. Гаврилова И.С., Ященко Е.В. Возможности применения SMART-технологии при формировании комплаенса пациентов с артериальной гипертензией // Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость (Екатеринбург, 19-21 октября 2016 года) [Электронный ресурс] Материалы V Всероссийского социологического конгресса / отв. ред. В.А.Мансуров. — М.: Российское общество социологов, 2016. — С. 10172-10177.

2. Чижова В.М., Гаврилова И.С. Отношение пациентов с артериальной гипертензией к приему лекарств //Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 2-1 (44). – С. 85-86.

УДК 614.253:34С

СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕНЕДЖМЕНТА В МЕДИЦИНЕ

Доника Алена Димитриевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Безусловно, эффективность работы системы здравоохранения в условиях рынка требует высокой конкурентоспособности, как отдельного профессионала, так и медицинской организации в целом. Социально-экономические реформы в области здравоохранения инициируют ужесточение требований к профессиональным компетенциям врача-руководителя, обусловленных рядом моментов, среди которых: дистанцирование руководителя от коллектива; утрата профессиональных врачебных функций; превалирование административных функций над профессиональными; необходимость решать проблемы, связанные с возрастающей конфликтностью внутри медицинского коллектива.

Материалы и методы. В этой связи мы провели исследование социально-психологических компетенций врача-руководителя на модели врачей, занимающих должности заведующих отделениями больниц, поликлиник, средний возраст которых – $39,7 \pm 2,8$ лет; стаж работы - $20,2 \pm 3,2$ лет; стаж работы в руководящей должности - $7 \pm 1,3$ лет. Параллельно проводился компаративный анализ аналогичных характеристик контрольной группы врачей- терапевтов.

Исследование выполнено в категориальном поле социологии медицины с использованием методов контент-анализа, включенного наблюдения, социологического опроса и интервьюирования, а также психодиагностических методик (В.В.Синявского и Б.А.Федоришина, Д.Я.Райгородский, Шуберта, В.В.Бойко, М.Снайдера и др.).

Полученные результаты и их обсуждение. Несмотря на легитимное происхождение, лидерство во врачебных профессиях имеет экспертную природу влияния [3]. Руководители представляют собой, как правило, состоявшихся профессионалов со стажем работы не менее 10-15 лет, наделенных определенными лидерскими качествами и навыками. Так, в нашем исследовании у подавляющего большинства руководителей отмечены градации высокого и очень высокого уровня показателей коммуникативных и организаторских качеств (методика КОС-2), выше, чем у врачей контрольной группы. Результаты исследования показали, что у

большинства врачей-руководителей (67,2%) отмечены высокие показатели организационных качеств (из них: градации «высокий – у 33,6% и «очень высокий» - у 33,6%), у половины - коммуникативных качеств (из них: у 16,6% - «высокий», у 33,4% - «очень высокий», $p>0,05$). Число лиц с низкими показателями рассматриваемых качеств - незначительно (коммуникативных - 8,3 %, организаторских – 16,4%, $p>0,05$). При этом показатели коммуникативных качеств градаций «высокий» и «очень высокий» встречаются чаще, чем среди врачей-терапевтов (14,2% против 7,1%, $p<0,05$).

У руководителей лучше развиты целеустремленность, ответственность за других, способность к принятию волевых решений, сильнее выражена риск-рефлексия [1]. Так, у большинства врачей-руководителей отмечены показатели склонности к риску градации «средний» (52,4%) и «выше среднего» (26,8%). Низкие показатели не выявлены, а высокие – отмечается у 14,1% - чаще, чем в контрольной группе врачей-терапевтов ($p<0,05$). Полученные результаты отражают требования к руководителю. Согласно данным литературы готовность к риску у руководителей выше, чем у подчиненных (у мужчин – выше, чем у женщин) [4].

В то же время, у 15-25% руководителей (по разным показателям) отмечены факторы риска неэффективного руководства: низкий уровень коммуникативного контроля, доминирование негативных эмоций и нежелание сближаться с людьми, эгоцентрические установки. Отмеченные негативные тенденции в личностных позициях врачей-руководителей осложняют реализацию лидерских ролей и приводят к напряжению психологической обстановки в коллективе [3].

Важной характеристикой руководителя является выбранный им стиль управления, который выражается в том, какими приемами руководитель побуждает коллектив к инициативному и творческому подходу к выполнению возложенных на него обязанностей, как контролирует результаты деятельности подчиненных.

Исследования типов руководителей и эффективности руководства, проведенные социологами и организационными психологами, позволили выявить три наиболее часто встречающиеся стиля руководства – авторитарный, демократический и либеральный [2]. Учитывая их характеристики можно сделать вывод, что оптимальный для управления медицинским коллективом - демократический стиль - встречается в среднем у 16,7% врачей-руководителей. Наиболее конфликтный – авторитарный стиль – встречается от 8,3 до 25,6% врачей-руководителей, что на наш взгляд существенно снижает эффективность руководства значительного числа медицинских коллективов.

Выводы. В целом проведенное исследование позволяет выделить менеджмент-ассоциированные конфликтные факторы в медицинской отрасли: у 29,6% руководителей отмечен низкий уровень коммуникативного контроля и неадекватное проявление эмоций; у 29,4% - доминирование негативных эмоций; у 25,3% - нежелание сближаться с людьми, эгоцентрические установки.

Полученные результаты демонстрируют необходимость дальнейшей оптимизации методической системы профессионального сопровождения в рамках непрерывного профессионального образования, с целью формирования определенной культуры руководителя, социальной позиции, необходимых коммуникационных навыков.

Список литературы

1. Андриянова Е.А. Риск-рефлексия как фактор профессионализации медицины // Социология медицины. – 2005. - №2(7). С.25-29.
2. Бояцис Р. Макклелланд, Дэвид (1917) // Классики менеджмента / Под ред. М.Уорнера: Пер. с англ. под ред. Ю.Н.Каптуревского. – СПб; М.; Харьков; Минск, 2001. – с.480-487.
3. Карпович А.В. Стиль управления как социологический критерий оценки эффективности врача-руководителя // Биоэтика . – 2011. - № 1(7). – С.45
4. Менегетти А. Психология лидера. – Москва. - 2001. - С.15.

5. Соболева С.Ю. Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С.Ю. Соболева, Обьедкова Л.В.// Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. - ВолГУ, 2009. С. 165 – 169.

УДК 61:379.85 (470)

АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ТУРИЗМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Косинова Наталья Николаевна

Россия, Волгоградский медицинский университет

Экономика России на протяжении долгого времени носит специфический характер. Связано это с тем, что прямая зависимость благосостояния России обеспечивается, как правило, такими сферами экономической деятельности как добывающая промышленность, в частности нефтегазовая и металлургическая. Однако современные реалии мировой экономики делают упор на сферу услуг, где значительную роль играет туристская деятельность. Мировыми гигантами в данной отрасли являются государства Европы, среди которых максимальным спросом на туризм пользуются Франция, Испания, Италия, Великобритания, Ирландия и Скандинавия, также страны Азии и Тихоокеанского побережья, И, наконец, третий регион - Южная, Центральная и Северная Америки, острова Карибского бассейна [1].

Российская Федерация, имеющая высокий туристско-рекреационный потенциал, несмотря на свое стабильное и динамичное развитие, на сегодняшний день не занимает на мировом туристском рынке лидирующего места, принимая 26,8 миллиона иностранных туристов при их общем потоке в 2015 году более 1,1 млрд. человек [2]. По оценке Всемирной туристской организации, Россия может ежегодно принимать не менее 70 миллионов российских и иностранных туристов.

Очевидно, что эффективное использование туристского потенциала страны, создание условий для качественного отдыха на территории России как иностранных, так и российских граждан требует более активного проведения государственной политики в сфере туризма.

Отдельное внимание необходимо уделять оздоровительному туризму (велнес-туризм), доля которого, по оценке международных экспертов, составляет 14% процентов от всего туристического потока. Однако, темпы роста велнес-туризма почти на 50% выше, чем в целом мирового туризма.

В общей структуре велнес-индустрии оздоровительный туризм занимает третье место, уступая пальму первенства центрам красоты и снижения веса. Однако клиенты спа и велнес центров составляют лишь 13% всего турпотока, тогда как основная часть – это вторичные велнес-туристы, то есть те, кто ,приехав на пляжные или горнолыжные курорты, после купаний или катаний посещают спа и велнес-центры, которые сегодня есть практически во всех отелях [3].

Среди факторов роста мирового рынка оздоровительного туризма можно выделить: старение населения и рост хронических болезней, а также стремление к профилактике болезней и растущий интерес к оздоровительным методикам и альтернативным методам лечения. Во всем мире также отмечают возрождение традиций лечения и отдыха «на водах» и реновируют отели на источниках целебных вод.

Очевидно, что потенциальными потребителями оздоровительных услуг являются, прежде всего, люди с хроническими заболеваниями, а также желающие сохранить здоровье.

По оценке международных экспертов Россия занимает 17 место в мировом рейтинге оздоровительного туризма. В России оздоровительный туризм составляет 14% всего внутреннего туризма (по данным Росстата). Ежегодно в санаториях России отдыхают около

6 млн. россиян, что составляет лишь 3 процента от общей численности населения России. 0,3 процента из числа всех отдохнувших в Российских санаториях – зарубежные гости. Поэтому стоит вопрос: как увеличить популярность отдыха на российских курортах не только у наших потенциальных гостей из зарубежья, но, прежде всего, у соотечественников.

Курорты с лечебным климатом, минеральными водами и целебными грязями есть на территории всей России: от Калининграда до Камчатки. Есть курорты на термальных водах за полярным кругом, в Магаданской области, но любимы всеми курорты Юга России: Кавминвод, Кубани, Крыма, курорты на побережье Каспия. Остальные не заслуженно забыты из-за отсутствия доступной информации.

С точки зрения природно-лечебных факторов наша страна обладает высоким уровнем конкурентоспособности, но с точки зрения уровня сервиса, качества инфраструктуры, степени благоустройства наших курортных территорий, муниципалитетов, Россия в последнее время эту конкуренцию проигрывает, и поэтому туристы часто предпочитают курорты за пределами нашего государства. Поэтому акцент необходимо делать именно на развитие и привлечение инвестиций.

Примером современного, успешно развивающегося курорта, может служить Белокуриха, куда за последнее время привлечены 1 млрд рублей из федеральных средств и 5 млрд рублей частных инвестиций. В настоящее время реализуется новый перспективный инвестиционный проект субкластера «Белокуриха-2». Проект включает и зимний курорт, и санаторную часть на три тысячи мест с развитой инфраструктурой отдыха и оздоровления, с горнолыжным курортом в непосредственной близости от гостиничного комплекса.

Инвестиционный проект «Белокуриха-2» реализуется в рамках Федеральной целевой программы «Развитие внутреннего и въездного туризма в Российской Федерации»; на Международном научном конгрессе и 66-й сессии Генеральной ассамблеи Всемирной федерации водолечения и климатолечения в 2013 году губернатор Алтайского края получил за него награду как за лучший проект лечебного курорта.

Оздоровительный туризм привлекателен с точки зрения участников рынка. Цены на отдых с лечением выше, чем пляжный или другой вид отдыха, кроме того, продолжительность пребывания в санаториях и спа-отелях туристов в 2—3 раза выше, чем среднего туриста.

В целях использования финансовых возможностей этого кластера, Правительство Российской Федерации разработало проект Стратегии развития санаторно-курортного комплекса и план мероприятий по стимулированию привлечения частных инвестиций в развитие санаторно-курортного комплекса России, в том числе с применением механизмов государственно-частного партнерства [4].

Одним из первоначальных пунктов плана мероприятий является анализ целесообразности нахождения в собственности государства тех или иных санаториев, которые в первую очередь находятся на федеральном, региональном или местном балансе. Через использование инструментов концессии и инструментов приватизации планируется изменить качественно состояние основных активов, которые выдвигает сегодня Минздрав России, поднять их сервис-соответствие и повысить конкурентоспособность регионов России и, соответственно, курортов.

В целях лучшей ориентации потенциальных туристов при выборе здравницы, необходимо введение системы категорий для санаториев по аналогии с так называемыми звёздами у гостиниц. Это станет дополнительным стимулом для собственников и персонала санаториев постоянно повышать качество своей работы.

Принципиальным вопросом для бизнеса являются обозначения охранных границ курортов и постановка их на кадастровый учёт. Такие режимы предусмотрены законодательством, в том числе для сохранения рекреационного потенциала курортов, однако далеко не всегда соблюдаются. Важно закрепить обязательность включения в государственный реестр курортного фонда сведений о всех частных и иных негосударственных санаторно-курортных организациях и сформировать на базе

государственного реестра единую открытую базу данных, которой смогут воспользоваться все заинтересованные лица и организации.

Инвестиционная привлекательность курортных территорий во многом зависит от налоговой политики региональных властей. Повышение платы за пользование земельными участками, попытка пополнить таким образом бюджеты может негативно сказаться на перспективах развития территорий, так как непомерно высокая цена, скорее всего, отпугнёт потенциальных инвесторов.

Есть предложение о распространении режима территорий опережающего развития на специальные территории санаторно-курортного комплекса. В настоящее время Минэкономразвития России разрабатывает порядок и принципы относительно этого вопроса. При этом, учитывая сегодняшнее состояние федерального бюджета и Пенсионного фонда РФ, целесообразно будет отказаться от льгот по страховым взносам. Те налоговые преференции, которые существуют в рамках этого режима, достаточны.

Исходя из фактов существования неосвоенных участков, хозяева которых желают сыграть на повышении цен, и наличия нерадивых инвесторов, целесообразно разработать механизмы стимулирующего налогообложения, которые позволяли бы собственнику принимать цивилизованное решение по использованию площадок, приобретённых в курортной зоне, и давали возможность реальным инвесторам реализовать те задачи, которые сегодня стоят на повестке дня.

Насущным остается вопрос по экологической экспертизе объектов, которые предполагаются к реконструкции и строительству в курортной зоне. Очень важно, с одной стороны, проработать и создать систему, останавливающую незаконное строительство, а с другой стороны, найти цивилизованные формы, которые позволили бы объектам, не соответствующие требованиям законодательства, в правовом режиме адаптировать к этим жёстким требованиям, не ущемляя интересов собственников.

Создавая условия для бизнеса, для притока частных инвестиций, нельзя забывать, что ряду санаторно-курортных учреждений необходимо оставить государственный статус. Это позволит сохранить, в том числе, гарантированное государством бесплатное санаторно-курортное лечение социально незащищённым категориям граждан: детям-сиротам, детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, гражданам, профессия которых связана с особым риском для здоровья и жизни, а также пострадавшим в результате стихийных бедствий, техногенных катастроф и так далее. Санаторно-курортный комплекс призван эффективно работать на сохранение и укрепление здоровья граждан России и его услуги должны быть доступны для людей с самыми разными доходами.

Для комплексного развития отрасли должен быть создан проектный офис на базе Центра развития ГЧП. Идея поддержана Минэкономразвития России. В ходе работы проектного офиса необходимо организовать отбор перспективных проектов санаторно-курортного комплекса с целью доработки инфраструктурных инициатив и презентации потенциальным инвесторам. Это позволит повысить интерес инвесторов к объектам санаторно-курортного комплекса и привлечь внебюджетное финансирование к его модернизации.

Список литературы

1. Новикова А. И. Роль туристской деятельности в экономике Российской Федерации // Молодой ученый. — 2013. — №11. — С. 425-428
2. Мировой туристический поток оказался рекордным в 2015 году: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rbc.ru/rbcfreenews/569d0a0b9a79476be0d0266c>
3. Маньшина Н. Проблемы и перспективы развития лечебно-оздоровительного туризма в России. / Сессия «Санаторно-курортное лечение в России: реалии и перспективы» в рамках деловой программы Российской недели здравоохранения. г. Москва, 8 декабря 2016 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://dr-manshina.blogspot.ru/2016/12/2016.html>
4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 марта 2017 года №585-р «Об утверждении плана по стимулированию привлечения частных инвестиций в

развитие санаторно-курортного комплекса». [Электронный ресурс] / Правительство Российской Федерации. – Режим доступа:<http://government.ru/docs/26982/>

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

UDK 159:331

PROBLEMS OF HEALTH INSURANCE IN INDIA

Rana Ripudaman (India)

Russia, Volgograd State Medical University

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

Health insurance is defined as «coverage that provides for the payments of benefits as a result of sickness or injury. It includes insurance for losses from accident, medical expense, disability, or accidental death and dismemberment». Health Insurance in India is still a growing segment of it's economy, making up 3.9% of the GDP as of 2011. According to WHO, this is among the lowest of the economies. It was found out by the National Sample survey office in 2016 that only 18% of the urban population and 14% of the rural population was covered under any kind of health insurance. Low penetration of healthcare services and insurance is owed to various difficulties such as:

1. Reach and accessibility:

Indians have to deal with unavailability of competent medical professionals, equipment, infrastructure and medicines because of the inaccessibility to good clinics from their remote locations of residence in rural areas.

2. Cost:

Indians have to deal with the escalating cost of medical health facilities. Citizens end up spending a major portion for healthcare needs from their own pockets because in India only tertiary healthcare needs (hospitalization) are covered under any kind of health insurance. A visit to the physician, or a sonography - primary and secondary outpatient healthcare services are not covered under most health insurance options and the patient has to pay from his or her own pocket. All the above and still paying hefty premiums doesn't look too logical to many Indians.

3. Incomplete coverage:

Schemes or policies can be utilized in India only when the patient spends at least 24 hours on a hospital bed. Many ailments don't require such prolonged stay on a hospital bed and even though they are quite expensive, the insurance company can't be held liable to pay and thus denies responsibility for the patient who paid all premiums

4. Literacy levels and information penetration, mindset and cultural practices:

The literacy rate in India is 74.04% and Indian has one of the largest illiterate populations. The world average being 84%, the literacy rate has grown only sluggishly in recent times, even after all the schemes by the government. This has a direct effect on many areas, including health insurance. Many people in India don't even know what that is, let alone it's potential advantages and how to avail. Even if they are aware of such a thing, they don't know much about them and vices like procrastination and simply not feeling the need to know more about it prevent them from starting a policy. Many uneducated people prefer to go to temples and priests rather than qualified doctors just because their culture is like that

The government just recently started paying attention to such issues, examples include Tamil Nadu Chief Minister's Comprehensive Health Insurance Scheme in Chennai and Rashtiya Swasthiya Bima Yojana (RSBY) started by the Ministry of Labour and Employment, Government of India to provide health insurance coverage for Below Poverty Line (BPL) families. By 2015, there were 20 Central and State-sponsored insurance schemes in operation and the Insurance Regulatory and Development Authority of India estimates that 28.8 crore individuals were insured as of 2014-15.

There is a vast scope for improvement in this sector of the society, options include:

1. Universal coverage:

While taking care of hospitalization needs of individuals is a very important part of covering populations for their healthcare needs, it is equally or probably more important if governments and other institutions of the ecosystem can enable individuals to utilize primary and secondary healthcare in a similar manner. If early treatment of an ailment can prevent hospitalization, not only does it save the patient emotional stress and pain but benefits the ecosystem of healthcare socially and economically too. Thus, we need to quickly move towards addressing these needs and creating a system, which enables coverage of primary, and secondary care for all.

2. Increasing awareness and increasing field of influence:

As before mentioned, many people in India don't even know what health insurance is. One of the major problems being low literacy rate has a clear cut solution that is to educate people and increase awareness, the problems such as procrastination and failure to realize the potential advantages can be solved by various campaigns and the intervention of NGOs and other non profit organizations to get as many people under their cover as they can. Such methods have started to pick up pace but there's still a long way to go.

3. Ease in delivery through technology:

Given the scope and complexity of providing an out patient cover to such a large population with such diverse needs, technology-backed automation is an inevitable and important part of this. If a person can utilize health care benefits as easily as one withdraws cash from an ATM, it has the potential to completely change the dynamics of the health coverage space. Online databases for health insurance details and fast payments are much needed.

Conclusion:

Health insurance in India is facing many problems such as reach and accessibility, cost, incomplete coverage and illiteracy among Indians, but it has already taken the first few steps required to complete a journey of a thousand miles. Incentives by the government, help from NGOs and other non profit organizations are the reason for this. Ideas and schemes emerge and slowly but steadily health insurance improves, however, it is still lacking in some major areas. The government needs to listen to the cries of millions who die just because of lack of treatments from which recovery is full well possible like tuberculosis, dengue and malaria. It needs to listen to the cries of many children who die in infancy and even before birth due to poor post natal care and maternity care. Wake up people, it's high time now!

References

1. <http://www.thehindu.com/sci-tech/health/policy-and-issues/Malady-Nation-Regulating-India%E2%80%99s-regressive-healthinsurance/article14564554.ece>
2. <https://health.economictimes.indiatimes.com/news/industry/interview-healthcare-insurance-challenges-and-opportunities/47999563>
3. https://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Ministry_of_Statistics_and_Programme_Implementation
5. https://www.nhp.gov.in/national-health-insurance-schemes_pg
6. <http://www.forbesindia.com/blog/health/5-things-to-know-aboutthe-indias-healthcare-system>

УДК 614.2 (09)

**К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Белова Любовь Ивановна, Чернышёва Ирина Валерьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Человечеству, на всех этапах его развития, сопутствовали инфекционные заболевания, которые зачастую приобретали массовый характер и превращались в эпидемии. История врачевания, начиная с рабовладельческой эпохи, демонстрирует стремление лечить и, что особенно важно, предотвращать массовые, эпидемические заболевания. В древних городах Индии и Междуречья найдены системы канализации и водоснабжения, в законодательных актах зафиксированы мероприятия санитарного характера. В дальнейшем эпидемии, такие как чума, холера и оспа, приводили к объединению усилий общества по защите граждан, чтобы сдерживать распространение эпидемий путем изоляции больных и организации карантинных пунктов для путешественников.

В конце XVII века несколько европейских стран: Англия, Франция создали государственные органы для организации карантинных мер и обеспечения изоляции, а также для выявления и регистрации смертей от чумы [4]. К XVIII столетию организация карантинных пунктов и изоляция больных стали общими мерами по сдерживанию инфекционных заболеваний. В 1701 году Массачусетс принял законы для изоляции пациентов с оспой и введение карантина для судов, прибывающих из других стран.

Однако, не установив подлинных причин эпидемических заболеваний, нельзя было рассчитывать на кардинальный успех в борьбе с ними. Лишь с наступлением эры бактериологии были обнаружены микроорганизмы-возбудители инфекционных заболеваний. Но одного этого обстоятельства для успешной борьбы с эпидемиями оказалось недостаточно.

Урбанизация привела к тому, что загрязнение окружающей среды и низкий санитарно-гигиенический уровень стали обычным явлением в рабочих районах, поэтому и распространение болезней стало там неконтролируемым. Например, в Лондоне оспа, холера, брюшной тиф и туберкулез достигли беспрецедентного уровня. Было подсчитано, что от оспы умирал каждый десятый, а более половины детей рабочих умерли, не дожив до своего пятого дня рождения. [6] В Нью-Йорке еще в 1865 г. «грязь и мусор накапливаются на улицах, иногда на два или три фута глубиной». При обследовании многоквартирных домов в 16-ти округах Нью-Йорка инспекторы обнаружили более 1200 случаев оспы и более 2000 случаев тифа [6]. В Массачусетсе в 1850г. смертность от туберкулеза составляла 300 на 100000 населения, а детская смертность составляла около 200 на 1000 новорожденных [5]. Индустриализация с ее промышленными городами и переполненными рабочими районами привела к тому, что «население стало более восприимчивым к заболеваниям, и болезнь легче передавалась. [7].

Многие болезни стали рассматриваться как следствие плохих социальных и экологических условий, а чистота воспринималась как путь к физическому, так и к моральному здоровью. Гигиенист А. Дебэ писал: «В Париже, Петербурге и других больших городах, окна многих квартир обыкновенно выходят на тесный сырой двор, зараженный испарениями из труб. Солнце, свет и чистый воздух, вот что оживляет человека; мрак, недостаточная и испорченная атмосфера убивают его... Правительство обязано следить за благосостоянием граждан ...» [1].

Создание централизованного органа управления общественным здоровьем являлось насущной потребностью времени. Лишь государство и его специальные учреждения были в состоянии организовать и осуществить противоэпидемические и профилактические мероприятия в необходимых масштабах, используя достижения науки. [2] Благодаря достижениям медицины, во многих развитых государствах были разработаны такие эффективные меры охраны здоровья граждан как: иммунизация, санитарное просвещение, личная медико-санитарная помощь [3]. Так в Англии в 1875 году был принят "Закон об общественном здоровье", в городах и сельской местности учреждены санитарные советы, принимаются меры по оздоровлению рабочих кварталов. Во многих странах Европы: Германии, Австрии, Венгрии, Швеции вводились санитарные кодексы, которые предусматривали меры карантинно-заградительного порядка, устанавливали нормы

относительно производства и хранения пищевых продуктов, коммунальной санитарии, правил изоляции и госпитализации больных на инфекционные болезни и др.

Первая реформа организации здравоохранения, как часть общей системы государственного управления, была проведена во Франции. Созданные системы охраны здоровья, в других европейских странах, повторяли структуру французской. Почти во всех странах руководство системой здравоохранения сосредоточено в специальном отделе или департаменте министерства внутренних дел.

Можно сказать, что развитие научных знаний, гигиены и санитарии изменили отношение общества к ответственности за здоровье граждан – защита здоровья стала социальной ответственностью. Профилактические меры в борьбе с эпидемиями включали в себя, прежде всего, улучшение среды обитания. Новые представления о причинах болезней и социальной ответственности стимулировали развитие учреждений общественного здравоохранения. Общественное здравоохранение стало социальной целью, а защита здоровья – общественной деятельностью.

Таким образом, история системы общественного здравоохранения – это история объединения знаний и ценностей общества с целью охраны здоровья его членов. Развитие общественной системы здравоохранения зависит как от научных открытий, так и от государственной политики.

Список литературы

1. Дебэ А. Гигиена, сохранение и усовершенствование человеческой красоты до глубокой старости. – М.: А. Типо-лит. А.П. Поплавский, Покровка, д.№4, 1901.–338с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – 512 с.
3. Chave S.P.W. The Origins and Development of Public Health. eds. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, New York. 1984.
4. Goudsblom, Johan. Public Health and the Civilizing Process. The Milbank Quarterly 64(2), 1986
5. The Future of Public Health. Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988.
6. Winslow C.E.A. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. Journal of Public Health Policy, South Burlington, Vt., 1923.
7. Wohl, Anthony S. Endangered Lives: Public Health in Victorian Britain. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1983.

УДК 615.218.3:614.27

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПРОДАЖ АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Вышемирская Елена Владимировна, Тайпакова Ирина Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Антигистаминные лекарственные препараты (ЛП) являются одной из широко применяемых групп лекарственных средств, вследствие значительного увеличения количества аллергических заболеваний, как среди взрослого, так и детского контингента населения. Спрос на антигистаминные лекарственные средства в определенной степени носит сезонный характер, повышаясь в весенне-летний период [2].

Целью работы явилось изучение динамики продаж антигистаминных ЛП за период с января по май 2017 года.

Материалами исследования послужили данные собственных наблюдений; данные опроса покупателей аптек; отчетно-статистическая документация о работе аптек.

Методы, использованные при проведении работы: наблюдение, анкетирование, интервьюирование, сравнение.

Антигистаминные ЛП — группа лекарственных средств, осуществляющих конкурентную блокаду рецепторов гистамина в организме, что приводит к торможению опосредуемых им эффектов. Весной традиционно возрастает спрос в аптеках на системные антигистаминные ЛП. Одной из причин является цветение растений, пыльца которых провоцирует обострение вазомоторных ринитов у предрасположенных к этому людей [2].

В 2017 году максимальный объём реализации (около 1,4 млн. упаковок) был зафиксирован в марте, на 11 неделе года (+15,6% к продажам 10 недели 2017 года). Именно в этот период аллергики стараются подготовиться к сезону цветения. Однако в дальнейшем объёмы продаж снизились. Причиной тому могут быть погодные аномалии, которые принесли с собой холодную погоду, дожди. В целом же за первые 27 недель 2017 года в аптеках покупатели приобрели 30,6 млн. упаковок антигистаминных ЛП на общую сумму 5,8 млрд. рублей, что в натуральном выражении больше, чем в 2016 году на 5%. В рублях группа наоборот сократилась на 2%. Наиболее востребованы у покупателей антигистаминные средства среднего ценового сегмента. 86% упаковок, реализованных в аптеках в первые 27 недель 2017 года, имели стоимость от 50 до 500 рублей в ценах закупки аптек. Сегмент до 50 рублей пользуется меньшей популярностью – 9,4% в натуральном выражении. Наименее представлена в аптеках категория ЛП против аллергии, стоимость которых превышает 500 рублей. Лидером продаж по стоимостным и натуральным объёмам продаж в 2017 году стал ЛП – Супрастин. Далее по совокупному стоимостному объёму продаж расположился Фенистил. При анализе структуры ассортимента по фирмам производителям мы видим что доля российского рынка в производстве антигистаминных препаратов составляет всего 32,91%.

Специалисты во главе с профессором Г.Л. Вышковским разработали оригинальную технологию анализа этого огромного потока обращений к информации о брендах и группах препаратов и стали рассчитывать ряд маркетинговых показателей. Базовым среди них стал «Индекс Вышковского» (ИВ) – информационный спрос на ЛП. Он определяется как отношение количества запросов к описанию определенного бренда к общему числу запросов ко всем брендам в системе RLSNET® за определенный срок, выражается в промиллях [1].

По значению индекса Вышковского можно сделать вывод, наибольший спрос на ЛП: Супрастин, Зиртек и Эриус. Спрос на антигистаминные ЛП имеет сезонный характер, это можно проследить по изменениям значений индекса Вышковского.

Таким образом, изучение динамики продаж антигистаминных ЛП за январь-май 2017 года, выявило увеличение спроса на препараты данной группы в весенний период, из-за повышения аллергенов (пыльца, насекомые и т.д.). Индекс Вышковского подтверждает сезонный спрос на следующие ЛП: Супрастин, Зиртек, Эриус.

Список литературы

1. Васнецова О. А. Медицинское и фармацевтическое товароведение: Учебник. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 2016. — 424 с.
2. Карева Е. Н. Выбор антигистаминного препарата: взгляд фармаколога // Русский медицинский журнал.— 2016. — №12. — С. 811-816.

УДК 616.314 – 002 -084 -053.2

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО

ВОЗРАСТА

Онищенко Любовь Федоровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Соболева Светлана Юльевна*

Кариес зубов относится к самым распространенным заболеваниям детей школьного возраста [1,2]. У детей с 7 до 17 лет увеличивается распространенность кариеса постоянных зубов с 9,4% до 88,2%, интенсивность поражения зубов – с $0,38 \pm 0,03$ до $3,89 \pm 0,41$ по КПУ [3]. В связи с этим разработка и внедрение программ профилактики кариеса зубов у детей младшего школьного возраста является важным направлением современной стоматологии [4]. В научной литературе опубликовано большое количество работ о результатах применения различных программ профилактики кариеса у детей [5,6]. Однако недостаточное внимание уделяется вопросам клинико-экономической эффективности профилактических программ [7].

Цель исследования: представить сравнительную клинико-экономическую характеристику различных программ профилактики кариеса зубов у детей младшего школьного возраста.

Материал и методы. Исследование было проведено на материалах опубликованных результатов трех программ профилактики кариеса: образовательная программа [8], применение фторидного лака [9], герметизация фиссур зубов [10]. Клинико-экономическая эффективность программ была рассчитана по показателю CER (Cost-effectiveness ratio, соотношение «стоимость – эффективность») по формуле: $CER = A/B$, где А – стоимость программы, В – клиническая эффективность [11]. Стоимость программы определяли путем подсчета затрат на её проведение (стоимость материалов, трудовых затрат и т.п.), клиническую эффективность – по показателю редукции прироста кариеса (в %) через год после проведения программы.

Результаты исследования. В расчете на 100 детей стоимость образовательной программы, проводимой педагогами начальных классов, составила 4500 руб. (затраты на информационные, обучающие и раздаточные материалы). Стоимость программы покрытия постоянных зубов отечественным фторидным лаком 2 раза в год (в расчете на 100 детей) составила 23200 руб. Стоимость герметизации стеклоиономерным материалом фиссур четырех первых постоянных моляров у 100 детей составила 99200 руб. Клиническая эффективность программ составляла 34%, 43% и 98% соответственно. Показатель CER составил для образовательной программы 132,3, программы фторидного лака – 539,5, программы герметизации фиссур – 1012,2.

Таким образом, несмотря на то, что программа герметизации фиссур зубов показала наибольшую клиническую эффективность, наиболее выгодное соотношение стоимости и эффективности, по показателю CER, отмечалось у образовательных программ. Следовательно, в условиях ограниченного финансирования, следует применять, в первую очередь, образовательные программы, затем, по мере улучшения экономического положения, переходить к более дорогим программам покрытия зубов фторидным лаком и герметизации фиссур зубов.

Список литературы

1. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. /Под ред. В. К. Леонтьева, Л. П. Кисельниковой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 952 с.
2. Lagerweij M. D., van Loveren C. Declining Caries Trends: Are We Satisfied? //Curr Oral Health Rep. — 2015. — Vol.2, №4. — P. 212-217.
3. Сабанов В. И., Романчук Е. В. Структурный анализ стоматологической заболеваемости детей школьного возраста муниципальных общеобразовательных учреждений г. Волгограда //Медицинский альманах. — 2013. — № 6. — С. 146-149.

4. Леус П. А. Опыт практической реализации массовых программ профилактики стоматологических заболеваний на основе доказательной медицины // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2011. — №1. — С. 196-199.
5. Маслак Е. Е. Распространенность кариеса зубов и современные направления профилактики кариеса // Медицинский алфавит. — 2015. — № 1. — С.28-31.
6. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. / A. M. de Silva et al. //Cochrane Database Syst Rev. — 2016. — Sep 15;9:CD009837.
7. Dentistry in the 21st century: challenges of a globalising world. / M. Hayashi et al. //Int Dent J. — 2014. — Vol.64, №6. — P. 333-342.
8. Лунёва Н. А., Маслак Е. Е. Отдаленные результаты проведения образовательной стоматологической программы для школьников младших классов //Стоматология детского возраста. — 2002. — № 3-4. — С. 42-44.
9. Richards D. Substantial reduction in caries from regular fluoride varnish application. // Evid Based Dent. — 2013. — Vol.14, №3. — P. 72-73.
10. Эффективность герметизации фиссур стеклоиономерным цементом в молочных и постоянных зубах у детей / Е. Е. Маслак, Н. В. Куюмджиди, Е. В. Алаторцева, А. В. Карасева // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2012. — №3. — С.34-37.
11. Ставская С. В., Самарина Т. В., Маслак Е. Е. Анализ пломбирочных материалов для молочных зубов по критерию «стоимость-эффективность» // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2010. №3. С. 46-49.

УДК 316.334.3

МОНИТОРИНГОВЫЕ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Пилипенко Виктор Александрович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Реализация социальной политики государственных органов власти в сфере здравоохранения предусматривает активное использование эмпирической информации, полученной в ходе социологических исследований. Социальная значимость медико-социологических мониторинговых исследований в отечественной социологии медицины изначально рассматривается как необходимое условие эффективного управления в сфере здравоохранения. Данный вид исследований является важным источником первичной социальной информации, которая характеризует динамику процессов в сфере здравоохранения, состояние основных элементов институциональной структуры медицины, результативность реформ системы медицинского страхования [1].

Медико-социологические мониторинговые исследования ориентированы, в первую очередь, на получение информации о здоровье населения и системе здравоохранения на региональном уровне. Государственное управление учреждениями здравоохранения и регулирование системы оказания медицинских услуг в каждом субъекте Российской Федерации имеет свою специфику, которая определяется размером регионального бюджета и объёмом расходов на здравоохранение, структурой и содержанием региональных целевых программ в медицинской сфере, объёмом средств территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и его финансовыми параметрами, эффективностью исполнительных и представительных региональных государственных органов власти, профессиональными и личностными характеристиками высшего звена руководителей соответствующих органов власти, ТФОМСа и самих учреждений здравоохранения.

В настоящее время спектр проблем в сфере здравоохранения, которые могут актуализировать проведение медико-социологических мониторингов, на региональном уровне чаще всего реализуется по следующим направлениям:

- оценка населением качества медицинских услуг, предоставляемых государственными учреждениями здравоохранения;
- определение эффективности органов государственной власти в сфере здравоохранения;
- выявление наиболее острых проблем, характерных для учреждений здравоохранения на определённой территории.

В то же время следует отметить определённый дефицит социологической информации о самооценке гражданами своего здоровья, структуре потребностей населения в медицинских услугах и ценностях, характеризующих представления о здоровом образе жизни. Результаты отдельных инициативных социологических исследований по данной проблематике демонстрируют актуальность медико-социологических опросов, однако их объекты изучения редко выходят за рамки отдельных муниципальных образований и ещё реже – за рамки субъектов федерации [2].

Не менее серьёзной проблемой является отсутствие практики обязательного обнародования результатов социологических опросов на официальных интернет-сайтах органов власти, выступающих в качестве заказчиков подобной информации. В итоге даже качественно и профессионально проведённое социологическое исследование или очередной этап медико-социологического мониторинга не могут быть объективно оценены в плане экономической эффективности применения полученных выводов и практических рекомендаций. Отдельные попытки обобщить опыт медико-социологических мониторингов в ряде субъектов Российской Федерации, безусловно, носят положительный характер, однако они не содержат в себе развёрнутой характеристики методик оценки экономической эффективности полученных результатов и анализа их использования в управленческой практике для решения заранее поставленных задач [3].

Актуальным является и вопрос о тематической определённости медико-социологического мониторинга. Получаемая информация о состоянии здравоохранения в регионе или муниципальном образовании зачастую может носить фрагментарный характер и не затрагивать такие острые практические проблемы, как оценка материально-финансового состояния региональной системы здравоохранения, восприятие населением соотношения платных и бесплатных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения, динамика в структуре рынка медицинских услуг, оказываемых государственными и коммерческими медицинскими учреждениями.

При организации медико-социологического мониторинга следует учитывать этнический состав населения, отражающийся в структуре выборочной совокупности при проведении количественных массовых опросов. Этническая специфика состава населения является одной из важнейших характеристик региональных особенностей каждого субъекта Российской Федерации. Поскольку научный инвариант медицинской биоэтики всегда функционально выступает в качестве культурной рефлексии национальной модели медицины, этнические культурные нормы могут оказывать существенное влияние на восприятие стандартов медицины, тем самым усиливая региональную специфику результатов мониторинговых исследований [4].

Наиболее перспективным направлением в решении проблемы внедрения практики медико-социологических мониторингов в систему управления региональным здравоохранением представляется разработка диагностической модели, позволяющей исследовательским группам анализировать потенциал конкретных регионов на предмет самой возможности организации медико-социологического мониторинга, определения его тематики с учётом региональной специфики и прогнозируемого экономического эффекта от внедрения практических рекомендаций по итогам каждого этапа исследования [5]. Данный подход позволяет реализовать принцип комплексности при использовании медико-

социологических мониторинговых исследований в разработке основных направлений государственной социальной политики в сфере здравоохранения.

Список литературы

1. Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С.4-10.

2. Ахмадуллина Х М., Егорышев С. В., Ахмадуллин У. З. Здоровье населения г. Уфы: результаты изучения общественного мнения // Вестник ВЭГУ. Серия: Социально-экономические и гуманитарные науки. – 2017. – №4. – С.13-22.

3. Гришина Н. К. Социологический мониторинг в информационном обеспечении управления здравоохранением. URL: <http://www.vestnik.mednet.ru/content/view/248/30/> (дата обращения: 10.11.2017).

4. Седова Н. Н. Этническая биоэтика в образовании // Биоэтика. – 2015. – №1. – С. 56-57.

5. Захарова М. А. Роль и место медико-социологических исследований в современной системе здравоохранения (на примере бюро МСИ ГКУЗ НСО «РЦМП») / Мы продолжаем традиции российской статистики. Сборник докладов I Открытого российского статистического конгресса. Российская ассоциация статистиков; Федеральная служба государственной статистики РФ; Новосибирский государственный университет экономики и управления «НИНХ», 2016. – С. 22-28.

СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КОМПЛАЕНСА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Умбеткалиева Айжана Хайруллаевна, Чумаков Вячеслав Игоревич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Необходимым условием успешного терапевтического воздействия является понимание того, какие факторы влияют на результативность лечения.[2] Одним из основных факторов является комплаенс, т.к. доверительные отношения между врачом и пациентом благоприятно воздействуют на ход лечения.[4] Актуальным является исследование комплаенса неврологических больных, т.к. от комплаентности напрямую зависит повышение качества жизни и эффективность проведения лечебно- диагностических мероприятий.

С целью выявления социально – психологических факторов комплаенса неврологических больных нами было проведено анкетирование на базе ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3» в неврологическом отделении.

По результатам изучения уровня комплаентности пациентов неврологического отделения можно предположить, что причинами низкой комплаентности выступают такие проблемы, как неэффективность проводимой терапии, развитие осложнений, частое изменение назначенного лечения, негативное отношение между больным и его социальным окружением, взаимное непонимание между врачом и пациентом.

В рамках нашего исследования мы выявляли социально-психологические факторы комплаенса неврологических больных. Были определены соответствующие пути достижения поставленной цели через определенные задачи: выявить социально-демографические факторы, обуславливающие низкую приверженность лечению (пол, возраст, наличие работы, образования и семьи, материального благосостояния, вредные привычки); определить уровень знаний пациентов о заболевании в зависимости от уровня образования; изучить особенности формирования информационной среды неврологических больных; исследовать характер отношения к своему заболеванию и степени приверженности к лечению; определить влияние социального окружения на комплаенс неврологических больных. Объектом нашего исследования выступал комплаенс неврологических больных. Предметом - социальное окружение как один из факторов формирования комплаентности

неврологических больных. Изучив огромное количество факторов, влияющих на комплаенс, мы акцентировали внимание, по-нашему мнению, на немаловажный фактор, а именно взаимодействие с социальным окружением. Тем самым, определили гипотезу исследования, как комплаентность пациентов с неврологическими заболеваниями зависит от степени их осведомленности о заболевании, активного взаимодействия с врачом и включенности в реабилитационный процесс членов семьи.

Нами были исследованы возможные факторы комплаенса неврологических больных. Такие как: социально – экономические факторы; факторы, связанные с деятельностью медицинского персонала; связанные с проводимой терапией; состояние пациента; взаимоотношение с окружающими.

Анализируя полученную эмпирическую информацию, мы пришли к выводу о том, что эффективность проводимой терапии высока при наличии комплекса факторов, в который входят: социальные, психологические, терапевтические, клинические, совокупность которых оказывает влияние на процесс, продолжительность и результаты лечения.

Касаемо учреждения, в котором проводилось исследование, мы можем говорить о высоком уровне мотивации на поддержание своего здоровья, на скорейшее выздоровление, и о среднем уровне комплаентности, принимая поддержку со стороны членов своей семьи и прислушиваясь к своему лечащему врачу. Но не исключается и то, что они также отстаивают свое видение проблемы, исходя из своих личных убеждений, и принимают только ту информацию, которая совпадает с их аргументацией.

Для эффективности проведения терапии необходима слаженная, организованная и совместная работа медицинского персонала, пациента и его окружения.[3] В связи с этим можно установить связь между комплаенсом в медицине и менеджментом, исходя из того, что менеджмент - деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности производства с помощью совокупности принципов, методов и средств, активизирующих трудовую деятельность, интеллект и мотивы поведения. [1]

Вопросы менеджмента в здравоохранении приобрели в последнее время большую значимость в связи с ориентацией экономики нашей страны на развитие рынка и рыночных отношений, децентрализацией государственной власти на уровне территорий, реформами управления отраслями, в том числе здравоохранением.[5] Эти процессы существенно меняют роль руководителей, повышая уровень их самостоятельности в решении вопросов функционирования и развития управляемых объектов.

В самом менеджменте также происходят значительные изменения. На смену традиционному подходу к управлению, ставящему в центр внимания функцию контроля, создание вертикальной структуры власти, приходит новый, предполагающий использование творческих способностей работников, открытый доступ к информации, поощрение сотрудничества и партнерства.[6]

Список литературы

1. Чижова В.М., Богатырев А.А. Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью // Социология медицины. 2015. Т. 14. № 1. С. 49-53.
2. Кнышова Л.П., Артюхина А.И., Чумаков В.И. Контроль учебных достижений студентов-медиков в компетентностном формате // Современные наукоемкие технологии. 2016. № 6-1. С. 140-144.
3. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Чумаков В.И. Телекоммуникационные технологии в обучении студентов по дисциплине «Биоинформатика и диагностика результативности данной технологии». Научное обозрение. Педагогические науки. № 6 – 2016.- С. 97-106.
4. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Реализация инноваций в высшей медицинской школе (андрагогический аспект). Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 2. С. 14-20.

5. Воробьев А.А. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач-пациент /Воробьев А.А., Деларю В.В., Куцепалов А.В. // Социология медицины.-2004.-№1.-С.39-45.

6. Гречко Т.Ю. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии // Научно- медицинский вестник Центрального Черноземья: сетевое электронное издание научно- практического журнала. -2009. I квартал. -№35.

УДК 614.2: 338.462

ОТРАЖЕНИЕ В УЧЕТЕ СИТУАЦИИ ОДНОВРЕМЕННОГО ПРИЗНАНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хало Любовь Анатольевна

Россия, Волгоградский филиал МФЮА

Страховая премия является платой за страхование в учреждениях здравоохранения, которую страхователь (выгодоприобретатель) обязан уплатить страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования, и представляет собой расходы, обеспечивающие возмещение убытков, которые могут возникнуть при наступлении определенных событий.

Документом, удостоверяющим такое право, является страховой полис (договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения страховщиком страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), пописанного страховщиком

При досрочном прекращении договора страхования в медицинских учреждениях страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при прекращении действия договора страхования до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (гибель застрахованного имущества по причинам иным, чем наступление страхового случая; прекращение в установленном порядке предпринимательской деятельности лицом, застраховавшим предпринимательский риск или риск гражданской ответственности, связанный с этой деятельностью).

Поскольку даты признания расходов на страхование в бухгалтерском и налоговом учете в медицинских учреждениях могут отличаться, возникают временные разницы и соответствующий отложенный налог на прибыль.

Отложенные налоговые активы по договорам страхования не возникают, так как оплаченная до начала действия договора страховая премия не будет привязываться в налоговом учете медицинских учреждений. Следовательно, возможна ситуация одновременного признания расходов для целей бухгалтерского и налогового учета, либо признание расходов только в бухгалтерском учете связано с более поздним перечислением страховой премии.

Таким образом, в бухгалтерском учете расходы признаются равномерно с момента заключения договора, в налоговом учете равномерно с даты оплаты, поэтому сумма признаваемых расходов для целей бухгалтерского и налогового учета в медицинских учреждениях будет разной, что приводит к возникновению постоянных и временных разниц.

Список литературы

1. Предпринимательское право Российской Федерации : учебник / отв. ред. Е.П. Губин, П.Г. Лахно.– М.: Норма, 2012. – 1008 с.
2. Хало Л.А. Формирование новых технологий учетной информации в

УДК 159.99

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ВРАЧОМ

Шиндряев Сергей Олегович

Россия, Волгоградский государственный социально- педагогический университет
Научный руководитель: канд. психол. наук, проф. *Крицкий Александр Георгиевич*

Наиболее важным и наименее определенным в профессии врача-педиатра является взаимодействие с родителями ребенка. «Среди причин большинства случаев ухудшения состояния у ребенка выделяют неправильные действия родителей и неадекватные действия коммуникации медицинского персонала» [1].

При этом следует отметить, что врачам в своей деятельности необходимо работать с разными пациентами, в том числе и с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья. «Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, имеющие функциональные ограничения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, вследствие неприспособленности окружающей среды к их особым нуждам, из-за негативных стереотипов, предрассудков в отношении общества к инвалидам в целом» [2]. Категория детей с ограниченными возможностями здоровья представлена детьми с различными по степени сложности, характеру отклонениями психическом или физическом развитии (нарушения и задержки развития слуха, зрения, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, процессов коммуникации).

Следует отметить, что семья, имеющая ребенка с ограниченными возможностями здоровья, не обязательно попадает в разряд «проблемных семей», не способных конструктивно решать задачи развития. Однако рождение такого ребенка может быть деструктивным фактором, который нарушает привычное функционирование семьи и в конечном итоге приводит к трансформации ее представлений о социальной действительности.

Эффективная медицинская помощь возможна только при грамотной профессиональной коммуникации врача. Для этого необходимо понимание того, как родители ребёнка с ОВЗ воспринимают врача, их представления о нем, прошлый опыт и «идеальный» образ.

Цель работы: исследование представлений родителей детей с ОВЗ о взаимодействии с врачом.

Для решения эмпирических задач в качестве инструмента был избран психосемантический метод. В задачу психосемантики входит реконструкция индивидуальной системы значений, через призму которой происходит восприятие субъектом мира, других людей, себя [3].

Для исследования использовалось стандартизованное интервью для сбора описаний ситуаций «плохого» и «хорошего» взаимодействия с врачом по поводу ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Наиболее неожиданным результатом стало отсутствие ребенка как действующего лица в процессе взаимодействия с врачом. По мнению родителей, в процессе взаимодействия с медицинскими работниками, позиция ребёнка с ОВЗ представляется пассивной и зависимой.

Большинство родителей отметили, что их дети боятся врачей (60%). В целом родители не удовлетворены качеством общения с врачом и лечением. Образ «идеального»

врача в представлении родителей детей с ОВЗ на 70% связан с добротой. Всеми респондентами (100%) в первую очередь высоко оцениваются эмоциональные, моральные и этические черты личности врача. Так же, 65% родителей отмечают необходимость высокого уровня профессиональных навыков специалистов. При этом физические и интеллектуальные качества врача родители почти не упоминают.

Стоит отметить, что «Идеальный» образ врача имеет некоторые особенности. Родителям детей с ОВЗ больше импонирует женщина-врач, поскольку у нее преобладает комплекс черт, связанных с процессами эмпатии.

Таким образом, следует учитывать специфические представления родителей о враче, при необходимости проводить коррекцию образа врача, если он не является продуктивным. Это позволит существенно снизить эмоциональный дискомфорт родителей с ОВЗ, избежать вторичного напряжения, связанного с диагностикой заболеваний и методами лечения, настроит на выполнение необходимых рекомендаций.

Вместе с тем, результаты научного изыскания породили ряд вопросов, ответы на которые мы планируем получить в дальнейших исследованиях. В частности, на основании полученных результатов была составлена анкета «Типичный и идеальный врач», с помощью которой планируется провести сравнительный анализ представлений относительно взаимодействия с медицинскими работниками родителей детей с ОВЗ и родителей нормативно развивающихся детей.

Список литературы

1. Маколкин В. И., Овчаренко С. И. Внутренние болезни: учебник. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 592 с.
2. Русякова Е.Е. Представление детей о врачах. Ананьевские чтения - 2013. Психология в здравоохранении: Материалы научной конференции. СПб.: Скифия-принт, 2013.
3. Шиндряев С.О. Применение системно-деятельностного подхода при реализации взаимодействия педагогов и родителей в условиях инклюзивного образования // Международный журнал социальных и гуманитарных наук. – 2016. – Т. 8. №1. – С. 137-139.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ГРУППЫ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ КАК ЗДОРОВЬЕРАЗРУШАЮЩИЙ ФАКТОР ДЛЯ МОЛОДЕЖИ

Шипилова Алина Сергеевна, Чумаков Вячеслав Игоревич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Социальные сети являются наиболее востребованным Интернет ресурсом, особенно популярным среди такой социально-возрастной группы, как молодежь. Учитывая это, возникает потребность в знаниях, определяющих уровень опасности взаимодействия молодежи в пространстве социальных сетей. Для удовлетворения потребности в знаниях, различные науки: социология, психология, статистика и т.д. осуществляют исследования. Но тем не менее, учитывая, что социальные сети Интернет начали функционировать для человека не так давно, требуется больше детальных исследований. Знания об опасности для здоровья, которую несут социальные сети, пути профилактики пагубного воздействия контента Интернет ресурса будут полезны для каждого пользователя Интернета, в особенности для молодежи — будущего страны. Таким образом, проблема социальных сетей как здоровьеразрушающего фактора влияющего на молодежь безусловно актуальна.

В рамках нашего исследования для раскрытия поставленной проблемы мы определили необходимые параметры. Сформулировали цель исследования: изучение здоровьеразрушающего воздействия деструктивных групп социальных сетей на молодежь. Под объектом в нашем исследовании подразумевалось социальное взаимодействие в социальных сетях, а предмет составило воздействие групп социальных сетей интернета на

здоровье молодёжи. Следующим шагом было формулирование гипотезы исследования, в итоге она определилось как: группы социальной сети Интернет воздействуют разрушающе на здоровье молодежи при условии чрезмерного пребывания в сети Интернет и определенного контента группы. В основе исследования влияния групп социальных сетей на здоровье молодежи лежали несколько методов: анкетирование и тестирование — опросник САН, обобщенную характеристику здоровья каждого респондента [1]. Что касается выборочной совокупности, ее составили молодые люди в возрасте от 16 до 30 лет в общем составе из 26 женщин и 24 мужчин.

Изучая сообщества и группы, находящиеся в социальных сетях, мы выделили следующие виды относительно их деструктивности: Во-первых, прямой направленности, т.е. объединения, которые изначально созданы с разрушающим здоровьем эффектом. Вступая в подобные группы, пользователь заведомо рискует нанести себе вред, как психологический, так и физиологический. К группам прямого деструктивного воздействия относятся следующие: сообщества, пропагандирующие радикальные политические и религиозные взгляды, пропагандирующие суицидальное поведение и злоупотребление наркотическими веществами [2]. Во-вторых, группы с косвенным деструктивным влиянием. В отличие от первых групп, подобные сообщества изначально не ставят перед собой цель оказать негативный эффект на индивида. Их деструктивность заключается в формировании интернет-зависимости, любая группа в социальной сети способна оказывать здоровьеразрушающее влияние на пользователей посредством формирования аддикции, этому может способствовать возрастные психологические, личностные особенности, количество времени, уделяемого на деятельность в группе, что представляет основу для проведения исследований [3].

После анализа полученной эмпирической информации, мы установили, что большинство респондентов с выявленной зависимостью от групп социальных сетей имеют сниженные показатели здоровья, а опрашиваемые, у которых не выявлена зависимость от групп, напротив, располагают положительными показателями здоровья. Следовательно, группы и сообщества в социальных сетях способны негативно влиять на индивида через формирование у него интернет-зависимости, а это — причина снижения показателей здоровья. Таким образом, мы продемонстрировали, что группы прямого деструктивного контента могут пагубно сказываться на здоровье, ровно так же как и группы нейтрального содержания несут в себе косвенное здоровьеразрушающее влияние молодежь, тем самым подтвердилась и гипотеза исследования.

Обобщая полученные результаты, мы установили здоровьеразрушающее воздействие групп социальных сетей на здоровье молодежи. Данное воздействие обусловлено во-первых, контентом группы — изначально заданная установка публикации деструктивной информации или побочный эффект от с первого взгляда нейтральных публикаций, но в последствии все больше вовлекающих пользователя в виртуальный мир группы. Во-вторых, количество времени, проводимого в группах также является определяющим основанием для снижения здоровья через формирование зависимости от Сети Интернет.

Вероятность снижения популярности групп социальных сетей достаточно низка, это дает понять, что здоровье пользователей, включая все его категории: биологическое, психологической, социальное, неизменно будет подвержено риску, возможно даже в большей степени, чем на сегодняшний день [4]. Исследуя каждый ресурс Интернета в индивидуальном порядке, станет возможным определить их отличительные особенности и в связи с этим систематизировать влияние каждого ресурса на важную составляющую жизни человека — его здоровье. Такая задача может быть поставлена и перед сферой современного менеджмента. Развитие новых информационных технологий и средств телекоммуникаций изменили не только управленческие задачи, но и общий подход к построению корпоративных Интернет-решений, которые в современных условиях необходимо сопоставлять с здравоохранением. Выделилось новое направление — менеджмент Интернет-сайта, под которым понимают процесс управления созданием и сопровождением Интернет-сайта с

целью повышения эффективности процесса его создания и функционирования. Как раз именно это направление возможно использовать в качестве одного из решения безопасности нахождения человека в Сети. Например, первый этап менеджмента сайта — планирование, является определяющим, где определяются цели, задачи сайта, целевая аудитория, идентификация контента. Именно здесь возможно при тщательной разработке исключить некоторые угрозы для здоровья человека (некачественный контент). Также можно взять и другую точку зрения, где менеджмент Интернет-сайта будет рассматриваться как работа, направленная на разработку ресурса Сети, который предоставляет помощь зависимым пользователям и их близким людям. Иными словами описывается создание сайта, где людям будет оказываться помощь по решению поставленной проблемы, это могут быть услуги консультации, рекламы специализированных учреждений, программ по реабилитации. Именно поэтому исследования, создание новых ресурсов Сети Интернет будут актуальны еще долгое время и могут утвердиться в сфере менеджмента как направления деятельности человека для сохранения и развития здоровья.

Список литературы

1. Михальченко Д. В., Жидовинов А. В., Федотова Ю. М., Чумаков В. И., Орехов С. Н. Тестовые технологии в процессе обучения студентов. Научное обозрение. Педагогические науки. — 2016. — № 6. — С. 93-96
2. Антипин Н.А. Компьютерная зависимость и особенности ее влияния на сознание и поведение человека// Здоровье — основа человеческого потенциала — проблемы и пути их решения. — 2012. — №2. — С. 646-648.
3. Самойлик А.А. Интернет-зависимость – актуальная проблема современного общества// Вестник Череповецкого государственного Университета. — 2013. — №2 (48). — С. 126-128.
4. Воронкин А. С. Социальные сети: эволюция, структура, анализ// Технологии образования и общество. — 2014. — №1. — С. 650-675.
5. Успенский И. В. Интернет-маркетинг: учебник [электронный ресурс] / И. В. Успенский. — СПб.: СПГУЭиФ. — 2013. — С. 132-135.

УДК 616.12-089(470.45)

ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ» В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2016 ГГ.

Бангаров Ризван Юннадиевич, Карагозян Арсен Леонович, Исабеков Руслан

Сражудинович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент *Дьяченко Тамара Сергеевна*

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – это вид медицинской помощи, оказываемой с применением высоких медицинских технологий для лечения сложных заболеваний, а ее место в структуре оказания медицинской помощи населению РФ закреплено постановлением правительства РФ №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи...». ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (ССХ) занимает значительную долю в структуре оказания высококвалифицированной медицинской помощи в целом по региону. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний с 2014 по 2016 гг. снизилась на 5,9 %, но несмотря на это, все еще остается лидирующей в структуре смертности по Волгоградской области [1].

Целью исследования является оценка медицинской деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «ССХ» в медицинских организациях Волгоградской области за 2014-2016 гг. Изучены данные комитета здравоохранения Волгоградской области об учреждениях, оказывающих ВМП по профилю «ССХ», и их укомплектованность кадрами по данному профилю. Оценена динамика числа пациентов, нуждавшихся и получивших ВМП по профилю «ССХ», и финансирования высокотехнологичных операций в рамках тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области за 2014-2016 гг.

Проведенная оценка оказания высококвалифицированной помощи показала, что на сегодняшний день в Волгоградской области ВМП по профилю «ССХ» оказывается в 13 медицинских учреждениях. Наиболее крупными и выполняющими значительную долю ВМП по данному профилю являются 4 волгоградских клиники – Волгоградский клинический кардиологический центр, Клиника №1 ВолГМУ, Волгоградская областная клиническая больница №1 и Клиническая больница скорой медицинской помощи №25.

За исследуемый период количество врачей сердечно-сосудистых хирургов в Волгоградской области увеличилось с 35 до 40 человек. Укомплектованность кадрами в среднем за три года составляет 91,4%, что является недостаточным для оказания высокотехнологичной помощи населению в полном объеме.

Доля сердечно-сосудистых операций от общего количества проведенных высокотехнологичных операций за три года составила 48,5 %. В период с 2014 по 2016 гг. увеличивалось число нуждавшихся в ВМП данного профиля: с 2608 человек в 2014 г. до 3703 человек в 2016 г. Из них ВМП получили 9213 человек за три года, причем с каждым годом количество пациентов увеличивалось. Необходимо отметить, что все медицинские организации, оказывающие ВМП по профилю «ССХ», полностью освоили объемы ВМП с 2014 по 2016 гг. в рамках Программы госгарантий.

Оценка динамики финансирования высокотехнологичных операций по профилю «ССХ» показывает, что с 2014 года уменьшилось количество средств, выделяемых из регионального бюджета, а финансирование в рамках ОМС увеличилось. Так, в 2016 году финансирование ВМП данного профиля в рамках ОМС составило 422 млн. рублей.

Таким образом, высокотехнологичные сердечно-сосудистые операции являются ведущим направлением ВМП в Волгоградской области, при этом оказывается весь перечень высокотехнологичных услуг по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия». Вопрос расширения объемов оказания ВМП по профилю «ССХ» очень актуален ввиду того, что не все нуждающиеся пациенты могут ее получить. В связи с этим, данный профиль ВМП требует большего количества кадров и финансирования, как из Федерального и областного бюджетов, так и из Фонда ОМС.

Список литературы

1. Анализ смертности от болезней системы кровообращения на территории волгоградской области. факторы риска и профилактика болезней системы кровообращения. [Электронный ресурс], - <http://34.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/ced/081117> Дата обращения к источнику: 26.10.2017

УДК 614.2.07:614.21(470.45)

ДИНАМИКА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ С ЮФО

Бельская Екатерина Алексеевна, Кочеткова Екатерина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения *Т.С. Дьяченко*

Решение вопросов кадровой политики является актуальной задачей современного российского здравоохранения [1]. Выпускники медицинских вузов сталкиваются с проблемой выбора направления специализации в ординатуре, исходя не только из собственного желания, но и с учетом востребованности на рынке труда. Перспективное кадровое планирование возможно лишь при условии наличия достоверной информации о количестве врачей в каждом субъекте Российской Федерации.

Целью данного исследования стало изучение численности врачей определенных специальностей и анализ их динамики в Волгоградской области в сравнении с Южным Федеральным округом в 2012-2016 гг.

Проанализированы сводные данные Министерства здравоохранения Российской Федерации, отражающие численность, укомплектованность и коэффициент совместительства врачей всех специальностей (физических лиц) в организациях, оказывающих медицинскую помощь населению, на конец отчетного года. Оценены показатели роста и прироста численности врачей-специалистов в Волгоградской области (ВО) и Южном федеральном округе (ЮФО) в 2012-2016 гг.

По данным Минздрава России численность врачей в России в период с 2012 по 2016 год уменьшилась на 22304 и составила 680916 физических лиц. В Волгоградской области количество врачей сократилось на 955 человек и составило 11247 физических лиц, в ЮФО – уменьшилось на 7961 и составило 68984 человек.

Для анализа динамики изменения количества врачей были выбраны наиболее популярные и востребованные специальности.

Среди всех врачей терапевтического профиля наблюдается значительный спад численности в 2014 году на 8,4% в ВО и на 3,6% в ЮФО, хотя в последующих годах спад уменьшился и даже началось некоторое увеличение численности врачей данной специальности. Численность терапевтов изменяется ежегодно и относительно стабильно идет на убыль. Наиболее выраженные изменения численности врачей общей практики произошли в 2013 году, когда их численность увеличилась на 25 человек (на 104,2%). В ЮФО количество врачей общей практики изменилось не значительно: прирост составил 3,6%.

За исследуемый период наблюдалось уменьшение количества врачей-педиатров в обоих регионах. В 2014 году отмечается наибольшее сокращение численности этих специалистов в ВО на 10,4%, в ЮФО на 4,7%.

Число врачей-неонатологов в ВО в 2013 году не изменилось, а в ЮФО произошло снижение их численности на 43,2%. В 2014 году количество врачей данной специальности в ВО уменьшилось до 93 человек, и практически не изменялось до 2016 года. В ЮФО темп прироста замедлился до 7%, затем отмечается постепенное увеличение специалистов.

За весь период наблюдения отмечался наибольший спад количества врачей хирургического профиля, врачей-хирургов и сердечно-сосудистых хирургов обоих регионов в 2014 году, однако затем ситуация изменилась в лучшую сторону.

Колебания численности врачей акушеров-гинекологов затрагивает в большей степени 2014 год, когда произошло резкое сокращение акушеров-гинекологов как в ВО на 6,4%, так и по всему ЮФО на 2,9%. В остальные годы показатели меняются, но их колебания не превышают 1,1%.

Среди анестезиологов-реаниматологов ежегодные колебания численности не отличаются большой амплитудой, составляя максимальные изменения в 2015 году, когда количество врачей данного профиля максимально увеличилось по ЮФО на 2,8%, а по ВО на 2,9%.

Число узконаправленных специалистов ультразвуковой и функциональной диагностики с каждым годом стабильно увеличивается в среднем на 5%.

В 2016 году в ЮФО наиболее представительна по численности группа врачей терапевтического профиля: 16403 физических лиц. Из них терапевтов – 7780 физических лиц, а врачей общей практики – 954 человека. Далее следуют врачи хирургического профиля: 7625 физических лиц, среди них хирургов – 3216, сердечно-сосудистых хирургов – 271 человек. Третье место занимают врачи-педиатры – 6170 человек. На четвертом месте – акушеры-гинекологи – 4640 человек. Далее группа анестезиологов-реаниматологов – 3381 физических лиц, врачи ультразвуковой диагностики – 2000 физических лиц и врачи функциональной диагностики – 1081 физическое лицо.

В Волгоградской области на конец 2016 года, аналогично с ЮФО, наблюдается наибольшее количество врачей терапевтического профиля 2469 физических лиц, из которых терапевтов – 1270 физических лиц. Численность врачей хирургического профиля составляет 1121 человек. Количество педиатров 919 физических лиц. Акушеров-гинекологов в Волгоградской области 625 человек. Анестезиологов-реаниматологов – 601 физическое лицо. Количество хирургов составляет 487 человека. Группа врачей УЗД составляет 258 физических лиц, а врачей ФД 175 человек. Количество неонатологов составляет 93 человека. Предпоследнее место занимают сердечно-сосудистые хирурги в количестве 40 человек. Наименьшее количество среди всех врачей – это семейные врачи – 32 физических лица.

Уровень укомплектованности медицинских организаций ВО врачами исследуемых специальностей был разным. Наиболее благоприятная ситуация отмечается у врачей общей практики – 96,9%, и их дефицит составляет всего 15 физ. лиц. Показатель укомплектованности терапевтов самый низкий и составляет 86,8% при дефиците в 692 человека. Максимальное значение коэффициента совместительства отмечается у анестезиологов-реаниматологов – 1,9 и врачей УЗД – 2,1, что отражает востребованность данных специалистов. Минимальное значение – 1,3 среди сердечно-сосудистых хирургов.

Вывод. На основании анализа численности врачей в ВО и ЮФО, можно сделать вывод, что общее количество специалистов за исследуемый период практически не изменилось. Наблюдается значительное сокращение врачей терапевтических специальностей, а количество специалистов диагностических служб увеличивается. Наиболее востребованными направлениями подготовки кадров по-прежнему являются терапевтические специальности, а также анестезиология-реаниматология. Проблема дефицита кадров, особенно в первичном звене здравоохранения, неизбежно сказывается на доступности и качестве медицинской помощи.

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gosminzdrav.ru – Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения".
2. ЕМИСС государственная статистика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.fedstat.ru – Численность врачей всех специальностей (физических лиц) в организациях, оказывающих медицинские услуги населению, на конец отчетного года.

УДК 34.02

ПРОБЛЕМЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ПРОТИВ ВОЛИ ПАЦИЕНТА): НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Галичкина Ирина Вячеславовна

Россия, Национальный Исследовательский Университет Высшая Школа Экономики
Научный руководитель: к.ф.н. *Петрова Ирина Анатольевна*

Медицинской практике известны случаи, когда пациент не дает согласие на оказание медицинской помощи тогда, когда она необходима для спасения его жизни, здоровья, тем самым реализуя предоставленное ему право на отказ от медицинского вмешательства.¹ Несмотря на всю значимость данного правомочия, законодателем не учтена важность ограничения права пациента на отказ от получения медицинской помощи, в случае если осуществление предоставленного ему права приведет к негативным последствиям для самого пациента.

В России на учете стоят 1,5 млн. человек, еще 2 млн. формально здоровы, но вынуждены обращаться за консультациями. Многие ученые считают, что именно на фоне депрессии у человека могут развиваться другие сопутствующие психические заболевания, которые в последствие могут привести к непоправимым ситуациям.

По данным ВОЗ, в России психическими расстройствами страдают до 15 млн. человек. Здесь еще действует официальная статистика. А вот сколько случаев незаконного помещения людей в психиатрические больницы - не знает никто. Общее количество лиц с психическими расстройствами, совершающих преступления, ежегодно остается весьма значительным и в общей массе преступников по разным данным составляет от 20 до 50-60%. По данным О.Д. Ситковской, - ведущего научного сотрудника отдела юридической психологии НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ, а также автора книг по юридической психологии - доля лиц, признанных вменяемыми, но имеющих выраженные психические расстройства, среди всех лиц, направляемых на экспертизу, еще выше - около 65%. А по данным ассоциации адвокатов за права человека на бытовые разборки приходится до 20–25% случаев незаконной госпитализации.

Один из показателей уровня социально-экономического развития общества - это соблюдение и обеспечение прав человека в сфере психического здоровья. Однако самой незащищенной в правовом отношении категорией населения неизменно считаются именно лица, страдающие психическими расстройствами. Основной закон государства - Конституция - гласит, что защита прав, свобод и законных интересов личности - одна из центральных и приоритетных задач, строящегося демократического государства и гражданского общества.² Поэтому, и применение принудительных мер медицинского характера должно обеспечивать права, свободы и законные интересы граждан, а также призвано служить наиболее полной реализации целей и задач уголовного судопроизводства.

Актуальность выбранной темы статьи заключается в том, что проблема применения принудительных мер медицинского характера имеет не только юридическую значимость, но и общественную, так как затрагивает права человека.

Почему же меры называются принудительными? Потому что они назначаются лицу независимо от его желания и желания близких, влекут за собой некоторые ограничения свободы больного, назначаются, изменяются и прекращаются только судом. Следовательно, по своей юридической характеристике они являются мерой государственного принуждения.

Но сами по себе принудительные меры медицинского характера не являются наказанием, кары в себе не содержат, судимости не влекут. Природа принудительных мер медицинского характера является сложной, охватывающей юридические и медицинские начала. К юридическим относятся основания, цели, порядок применения и прекращения этих мер; к медицинским - психическое состояние лица, в отношении которого применяются принудительные меры, определяемые судебно-психиатрической экспертизой.

Основания и ограничения применения принудительных мер медицинского характера установлены уголовным законом, порядок - уголовно-процессуальным, а их исполнение определяется уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации и иными федеральными законами.

¹ Ч. 3 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ

² ст. 2, 17, 38, 46, 52 Конституции РФ

Однако в нашем законодательстве закреплены не все нормы и правила. Всегда находятся вопросы, противоречия, которые не освещены в законодательных и нормативных актах.

Например: Ч.1, ст. 5 Закона о психиатрической помощи гласит, что все лица с психическими расстройствами, имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства. Однако, это право в большинстве случаев забывается. Зачастую пациенты жалуются на грубое обращение персонала.¹ В некоторых российских стационарах, из-за нехватки младшего медицинского персонала, обусловленной тяжёлыми условиями труда, низкой зарплатой и непрестижностью такого рода деятельности, на работу принимались лица с криминальным прошлым, страдающие алкоголизмом, собственно, за пациентами наблюдают по сути те же потенциальные пациенты. В результате нередки случаи агрессии по отношению к пациентам.

Пациенты часто используются как бесплатная рабочая сила при ремонте, уборке помещений и территории больницы, разгрузке автомашин, переноске тяжестей, для работы в прачечной, на кухне. Если пациенты заняты на работе в лечебно-трудовых мастерских или в подсобном хозяйстве больницы, оплата их труда обычно носит символический характер.

Предусмотренная законодательством служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, не существует; пациенты часто лишены возможности обращаться к адвокату, вести свои дела в суде, а также иным образом отстаивать свои права.

Лица, находящиеся на принудительном лечении, не имеют права отказаться от лечения, хотя возможность проведения лечения без согласия пациента не освобождает врача от необходимости попытаться получить согласие. Если пациент все же такого согласия не дает, то необходимое для данного больного лечение может быть назначено по решению комиссии врачей (ч. 4 ст. 11 Закона о психиатрической помощи).

В ходе мониторинга нарушений прав людей с психическими расстройствами, который был проведен в 2015 году группой региональных общественных организаций инвалидов, 52 % пациентов психиатрических учреждений указали, что их права в этих учреждениях не соблюдаются. 83% респондентов, в том числе члены семей граждан с психическими расстройствами, оказались недовольны качеством оказанной психиатрической помощи; большинство из них выразили недовольство отсутствием возможности выбора лечащего врача и (или) лечебного учреждения.

В итоге, система принудительного оказания медицинской помощи имеет свои недостатки, как и любая другая система. На сегодняшний день, я считаю, существует две проблемы в данном сегменте.

Во-первых, несовершенство законодательства, заключающееся в том, что любой кодекс имеет в своем содержании изъяны, из-за которых трудно разрешить некоторые ситуации (нет алгоритма действий).

А во-вторых, существуют грубые нарушения действующего законодательства. Причем жесткого контроля над этими нарушениями нет, и лишь некоторые нарушители несут ответственности за содеянное.

Список литературы

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ
2. Федеральный закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 2 июля 1992 года N 3185-I
3. Мониторинг психиатрических стационаров России — материалы к обсуждению // Независимый психиатрический журнал. — 2014. — № 3.

УДК 61:796(470.45)

¹ Мониторинг психиатрических стационаров России — материалы к обсуждению // Независимый психиатрический журнал. — 2014. — № 3.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПОРТСМЕНОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016 ГОД

Гончарова Анастасия Александровна, Власов Даниил Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. м. н., доцент *Вершинин Е. Г.*

В настоящее время одной из актуальных проблем, стоящих перед врачами спортивной медицины, является сохранение здоровья и повышение качества жизни спортсменов [1]. В основе оптимальных показателей здоровья спортсменов лежит состояние динамического равновесия между функциональными резервами организма и факторами, воздействующими на него. Однако непрерывный рост спортивных результатов приводит к увеличению интенсивности тренировок [1,2]. Современная система тренировок со свойственными ей физическими и эмоциональными нагрузками предъявляет организму спортсмена высокие требования, увеличивая риск возникновения физического перенапряжения, появления различных пред- и патологических состояний и развития заболеваний [3].

Следует отметить, что структура заболеваемости спортсменов отличается от таковой у других категорий населения. Это связано с тем, что высокие физические нагрузки, которым подвергается спортсмен, сопровождаются функциональными, морфологическими и структурными изменениями во внутренних органах, опорно-двигательном аппарате и организме в целом [3,4]. На структуру заболеваемости оказывает существенное влияние специфика и условия тренировочного и соревновательного процессов, направленность тренировочных программ, соотношение различных мощностных (энергетических) режимов, которые используются в разные периоды подготовки спортсмена [4].

Вопросы, касающиеся здоровья спортсмена во всех видах спорта, чрезвычайно важны, так как от их качественного решения зависят показываемый результат и его стабильность, здоровье по окончании спортивной деятельности, а также престиж спортивного направления в целом [5].

Цель. Провести анализ структуры заболеваемости спортсменов в Волгоградской области за 2016 год.

Материалы и методы исследования. На основании данных отчетов о деятельности отделения спортивной медицины «Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградский областной клинический центр медицинской реабилитации» выявлена структура заболеваемости спортсменов в Волгоградской области за 2016 год.

Статистическая обработка полученных результатов была произведена с использованием статистического пакета STATISTICA(StatSoft, Tulsa, USA, 2010).

Результаты и обсуждения. В соответствии с постановлением Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2010 № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий» два раза в год спортсмены и лица, занимающиеся спортом, проходят углубленное медицинское обследование (УМО) [6]. В объем УМО входят следующие мероприятия: осмотр специалистов по лечебной физкультуре и спортивной медицине; интегральная оценка физического состояния с помощью аппаратно-программного электрокардиографического комплекса «Альтон-тест», биоимпедансметрия и спирометрия; осмотр врачей-специалистов: (педиатр (по возрасту), невролога, хирурга, травматолога-ортопеда, оториноларинголога, офтальмолога, стоматолога, акушера-гинеколога, уролога, кардиолога; дерматовенеролога); ЭКГ с физической нагрузкой, лабораторные исследования, включающие клинический анализ крови, клинический анализ мочи; рентгенография органов грудной клетки по показаниям.

Всего под наблюдением в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический центр медицинской реабилитации» (ГБУЗ «ВОКЦМР») находятся 18827 спортсменов, которые

представляют 35 видов спорта, из них 10 спортсменов имеют звание заслуженного мастера спорта, 270 спортсменов - звания мастера спорта международного класса и мастера спорта, 531 - спортивный разряд кандидат в мастера спорта, 337 спортсменов-инвалидов.

Анализ заболеваемости спортсменов по данным углубленного медицинского обследования в 2016 году показал, что первое место в структуре заболеваемости спортсменов занимает патология органов зрения (20%). На втором месте среди лиц, прошедших УМО стоит показатель заболевания ЛОР органов (9%). Третье место по числу результатов УМО в 2016 г. занимают заболевания полости рта (7,46%). На четвертом месте по результатам УМО стоит патология ОДА (5,6%). Пятое место в структуре заболеваемости спортсменов в 2016 году занимают заболевания нервной системы (1,6%), шестое место – гинекологические заболевания (0,8%).

Вывод. В результате проведенного нами исследования можно сделать вывод, что наиболее распространёнными заболеваниями среди спортсменов являются заболевания органов зрения, ЛОР органов и патология полости рта.

Анализ структуры заболеваемости спортсменов на региональном уровне позволяет определить основные направления профилактики и медицинской реабилитации данной категории лиц в отделениях спортивной медицины лечебных учреждений г. Волгограда.

Список литературы

1. Афанасьева И.А., Таймазов В.А. Заболеваемость спортсменов на разных этапах тренировочного цикла и ее связь с биохимическими и гормональными маркерами перетренированности // Ученые записки университета Лесгафта.- 2011. -№11. - С.42-46
2. Люгайло С. Соматическая заболеваемость юных спортсменов: структура и взаимосвязь с факторами процесса подготовки // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. - 2014. - Вип. 13. - С.42-462.
3. Вершинин Е.Г. Деларю В.В. Фармакологическое сопровождение спортсменов: амбивалентность ситуации // Информационные технологии в науке нового времени. Сборник статей Международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 167-170.
4. Вершинин Е.Г., Пчелинцев И.Е., Гончарова А.А. Современные подходы в лекарственном обеспечении детского и юношеского спорта // Волгоградский научно-медицинский журнал. -2016. -№ 3 (51). -С. 6-10.
5. Вершинин Е.Г., Гуро О.А. Сравнительная характеристика заболеваемости спортсменов и лиц, занимающихся спортом, в Волгоградской области: результаты динамического наблюдения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2014. - № 2 (50). - С. 100 -103.
6. Постановление Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2010 № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий» /<http://www.zakonprost.ru/content/base/163406>.

УДК 368.9.06

СОСТОЯНИЕ И ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Даняева Эка Кобовна

Россия, Волгоградский государственный аграрный университет
Научный руководитель: к.э.н. *Корабельников Иван Сергеевич*

Современный этап развития российского общества характеризуется экономическими, организационными и функциональными преобразованиями всех сфер жизнедеятельности социума. Особое влияние на воспроизводство трудовых ресурсов оказывают состояние и

изменения в системе медицинского страхования. Именно данная форма социальной защиты населения является основой цивилизованного рынка медицинских услуг, рациональное использование потенциала которого затрагивает интересы каждого человека.

Здравоохранение представляет собой сложную систему, включающую в себя виды деятельности, связанные с управлением, финансированием и предоставлением медицинских услуг с целью сохранения и укрепления здоровья населения страны. При этом основу современной системы здравоохранения формирует принцип солидарности, права выбора и эффективности при расходовании ресурсов системы и по своей сути имеет как социальный, так и экономический характер [1].

Система медицинского страхования в России реализуется в двух формах: обязательной и добровольной. Функционирование обязательного медицинского страхования определяется на законодательном уровне, добровольное – проводится исключительно по желанию граждан на основании договора заключенного между страхователем и страховщиком [2].

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственной системы социальной защиты. Программу ОМС выполняют фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские учреждения и медицинские организации. Государственную политику в данной сфере реализуют федеральный фонд ОМС и 85 территориальных фондов (в том числе два фонда сформированных в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе). По состоянию на начало 2017 г. в системе обязательного медицинского страхования было зарегистрировано 146 529 217 лиц, 8869 медицинских организаций и 56 страховых медицинских учреждений.

Возможности добровольного страхования существенно расширяют функционал системы медицинского страхования, а взаимодополнение и сочетание различий базовых форм делает её устойчивой и сбалансированной к обеспечению широкого круга социальных потребностей в сфере здравоохранения.

Важные отличительные свойства добровольного медицинского страхования проявляются в рамках обеспечения социальных функций, проявляющихся в:

- снижении теневого финансирования в системе здравоохранения и повышение ее эффективности в целом;
- разработке и внедрении более высоких стандартов медицинской помощи населению.

В результате пациент, привыкший к высокому уровню обслуживания, повышает свои требования и к государственным медицинским учреждениям, что обеспечивает конкурентоспособность отечественной системы здравоохранения.

В настоящее время добровольное медицинское страхование (ДМС) дополняет ОМС, оно обеспечивает проведение операций по договорам, предусматривающим оплату некоторых медицинских услуг, не входящих в программу ОМС. Вместе с тем финансовую основу медицинского страхования формирует именно бюджет ОМС. Его основные параметры за последние годы представлены в таблице (табл.1) [3].

Основная часть доходов (свыше 95%) в течение анализируемого периода обеспечена поступлениями страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения. Кроме того аналитические данные свидетельствуют о том, что зависимость бюджета Фонда от федерального бюджета минимальна, а межбюджетные трансферты из федерального бюджета поступают только на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением отдельным категориям плательщиков льготного тарифа на уплату страховых взносов на ОМС работающего населения [3].

Таблица 1

Динамика формирования средств федерального фонда обязательного медицинского страхования, млн. руб.

Показатели	Годы				
	2012	2013	2014	2015	2016

Поступление	966542	1101352	1250545	1573543	1657620
в том числе:					
- налоги, страховые взносы	913999	1073301	1218628	1537777	1624426
- межбюджетный трансферт бюджету ОМС на компенсацию выпадающих доходов бюджета ФОМС в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС	51810	25780	28550	23860	25441
Расходование	932158	1048723	1268658	1638815	1590151
в том числе:					
- субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС	640562	1025413	1173928	1412101	1458573
- межбюджетные трансферты в бюджет Фонда социального страхования РФ на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде	17639	17792	17982	18368	17819
- финансирование расходов на содержание исполнительного органа	653	676	600	536	492

При этом в России так и не удалось увеличить затраты на здравоохранение до минимальных стандартов Всемирной организации здравоохранения (5,5–6 % ВВП). И на фоне других стран расходы на здравоохранение в РФ являются крайне низкими. Так, финансирование исследуемой сферы вдвое меньше стран «большой семерки»: США, Франция, Великобритания, Канада, Япония затрачивают от 9 до 17 % ВВП. Параметры финансового обеспечения данной сферы экономики уступает даже многим развивающимся странам: в Венгрии, Польше, Болгарии и Эстонии расходы составляют от 6,7 до 8 % ВВП.

В результате функционирования сложившейся системы медицинского страхования в России в настоящее время проявились следующие ограничения её развития:

- слабая связь системы ОМС и ДМС, дополняя друг друга они существуют фактически параллельно;
- недостаточная законодательная основа ДМС в системе здравоохранения, его место законодательно не закреплено;
- отсутствие рискованной составляющей в системе ОМС.
- высокая нагрузка на бюджет Российской Федерации в части оплаты медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства.

Обозначенные ограничения одновременно формируют возможности совершенствования функционирования сферы медицинского страхования. Целесообразность их реализации затрагивает и интересы государства, и потребности граждан. В этой связи обязательное и добровольное медицинское страхование является надежным гарантом прав на получение своевременной качественной медицинской помощи, а переход к страховой медицине свидетельствует о том, что Россия идет по пути мирового прогресса.

Список литературы

1. Соболева С.Ю., Максимова И.В. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. - №3. – С. 3 – 8.
2. Попова, Л.В. Национальная страховая система: финансовый аспект / Л.В. Попова, Л.А. Мелихова, С.Ю. Шалдохина, Д.Н. Попов. – Волгоград: Изд-во Волгоградского ГАУ, 2014. – 88 с.
3. Федеральный закон " Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция).
4. Поступление и расходование средств федерального фонда обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы

УДК 614.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОВОДА ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

Дудин Роман Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н, доцент *Иваненко Виктория Викторовна*

Системам оценки качества медицинской помощи (КМП) в российском здравоохранении уделяется особое внимание. В Концепции развития здравоохранения до 2020 года сказано, что повышение качества медицинской помощи является необходимым условием для обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации и одним из приоритетов государственной политики.

На сегодняшний день существует 8 обязательных поводов для проведения экспертизы КМП законченных случаев оказания медицинской помощи. Дискретный подход к оценке КМП в каждом конкретном случае с учетом повода экспертизы позволит выявлять и обосновывать дефекты, оказавшие негативное воздействие и повлекшие за собой снижение эффективности медицинской помощи.

Цель работы - оценка КМП, оказываемой в 9 стационарах Волгоградской области за 2016 год (ГБУЗ «ВОКОД», ГБУЗ «ВОУНЦ», ГУЗ «ВОКБ №1», ГУЗ «КБ №4», ГУЗ «КБ №5», ГУЗ «КБ №12», ГБУЗ «Котельниковская ЦРБ», ГБУЗ «Михайловская ЦРБ», ГБУЗ «Суровикинская ЦРБ») в зависимости от повода проведения экспертизы.

В работе рассмотрены результаты анализа 10906 экспертных заключений по законченным случаям оказания МП в зависимости от поводов, обязательных для экспертного разбора в стационарах: летальные исходы; расхождения диагнозов; внутрибольничное инфицирование и осложнения; первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста; повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение года; заболевания с удлиненными или укороченными сроками лечения; случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников. Все прочие случаи оказания медицинской помощи подвергались экспертной оценке в случайном порядке.

Данные, представленные в работе, собраны при помощи, разработанной на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Волгоградского государственного медицинского университета, автоматизированной информационной системы по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи (АИС КМП «Стационар»).

В 2016 году во всех 9 больничных учреждениях было проведено 5534 экспертизы по оценке КМП в группе «прочие случаи» (50,74%). В структуре случаев, подлежащих обязательной экспертной оценке, 2872 экспертизы было проведено по поводу летальных исходов (26,33%), 2268 по поводу заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения (20,79%). Удельный вес обязательных экспертных разборов КМП, поводом для которых послужили «расхождение диагнозов», «внутрибольничное инфицирование», «первичный выход на инвалидность» и «жалобы пациентов или их родственников» варьировал в пределах от 0,009% до 1,4% (1 – 150 экспертиз). По результатам экспертизы, включающей в себя 30 вопросов с формализованными вариантами ответов, анализ КМП осуществлялся по 7 группам индикаторов: А – качество ведения документации; В – диагностические мероприятия; С – постановка диагноза; Д – лечебно-профилактические мероприятия; К – консультации; Р – преэмптентность; R – экспертное заключение при

летальном исходе. В результате анализа всех разделов вычислялся обобщающий интегрированный показатель качества и технологии оказания медицинской помощи.

Средний интегрированный показатель КМП, по сравниваемым учреждениям Волгоградской области в 2016 году составил 4,69 баллов. При ранжировании этого показателя в зависимости от повода проведения экспертизы КМП первые три ранговых места занимают: «внутрибольничное инфицирование» (4,86 баллов), «повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение года» (4,79 баллов) и «прочие случаи» (4,72 балла). Высокий балл в группе «внутрибольничное инфицирование» объясняется пристальным вниманием к данной группе пациентов со стороны руководства ЛПУ. В группе «повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение года» хорошую оценку можно объяснить относительно «простыми» клиническими случаями, в большинстве связанными с обострением хронической патологии в течение года. Группа «прочие случаи», которая подпадает под экспертную оценку КМП в результате случайной выборки, как правило, включает в себя более типичные для ведения и описания клинические варианты (рис 1).

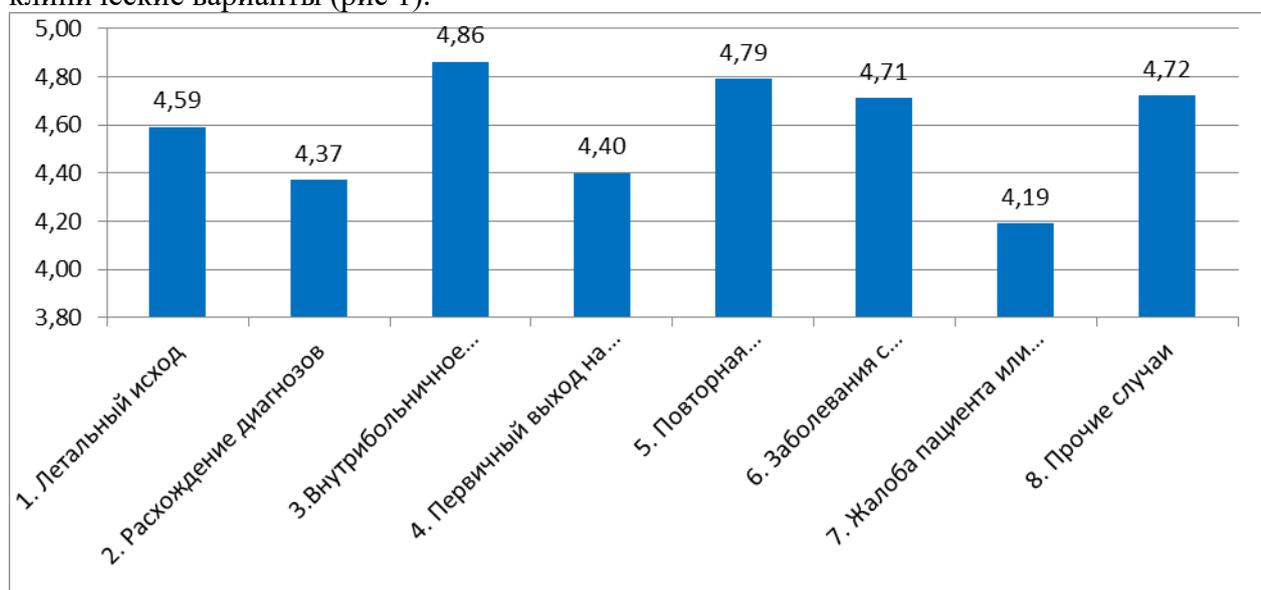


Рис. 1. Распределение интегрированной оценки качества и технологии оказания медицинской помощи в стационарах ВО за 2016 год в зависимости от повода проведения экспертизы

Достаточно большая часть экспертиз проводилась в связи с заболеваниями с удлинёнными/укороченными сроками лечения – 20,79%. Общая оценка по данной группе достаточно высока - 4.71 балл, однако и здесь можно выделить профили индикаторов, на которые необходимо обратить внимание. Так качество ведения документации в данной группе оценивалось на 4.42 балла, оценка лечебно-диагностических мероприятий так же обращает на себя внимание (4.61 балл), что в свою очередь может служить объяснением нарушения рекомендованных сроков лечения в стационаре. При анализе результатов экспертиз по летальным исходам (26,33% от всех экспертиз), также было значительное количество замечаний, и оценка составила 4.59 балла. Наибольшее число замечаний относилось к преимственности – 4.22 балла, диагностическим мероприятиям (4.32 балла) и качеству ведения документации (4.4 балла), что требует более детального разбора и разработки соответствующих рекомендаций. При анализе «расхождения диагнозов» (4.37 балла) и «первичных выходов на инвалидность лиц трудоспособного возраста» (4.4 балла) следует отметить, что данные группы представлены частными случаями (5 и 1 экспертиз, соответственно) и это свидетельствует о том, что возможны точечные дефекты КМП, объясняемые человеческим фактором. Особенно актуально данное утверждение в группе «расхождение диагнозов», где в основном наблюдались дефекты диагностических мероприятий. Самые низкие уровни интегрированного показателя КМП зафиксированы при

экспертизе случаев, связанных с жалобами пациентов или их родственников - 4,19 балла, что может служить подтверждением обоснованности значительного числа жалоб. Выявленные дефекты чаще всего связаны с некорректным ведением медицинской документации, а также с нарушением правил назначения и выполнения диагностических процедур. Данной группе следует уделить особое внимание, так как именно эти случаи чаще всего приводят к конфликтным ситуациям.

Экспертиза КМП является одним из структурных элементов системы клинического управления. Анализ результатов в зависимости от повода проведения позволяет предметно выявлять дефекты оказания МП и их влияние на интегрированную оценку, что в свою очередь дает возможность корректировать работу лечебных учреждений оптимальным образом, принимая сбалансированные и обоснованные управленческие решения с целью повышения качества медицинской помощи.

Список литературы

1. Дьяченко Т.С., Иваненко В. В., Гоник М. И., Куличкин А. С. Заболеваемость, смертность и качество медицинской помощи при кардиологических и гастроэнтерологических заболеваниях населения Волгоградской области в 2013–2015 гг. / Вестник ВолгГМУ. – 2017. - Выпуск 3 (63). – с. 48-51.

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО, КАК НОВЫЙ ВИТОК В РАЗВИТИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ефимова Юлия Дмитриевна

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

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - ФЗ-323) статьями 10, 37 регламентирована организация и оказание медицинской помощи всеми медицинскими организациями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации, а также на основе стандартов медицинской помощи". Критерии оценки качества медицинской помощи формируются также на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи" (ст. 64). Порядки и стандарты медицинской помощи включают себя и оснащение медицинским оборудованием.

Статьи расходов на приобретение медицинского оборудования в настоящее время серьезно недофинансированы. Основными источниками финансирования государственных учреждений здравоохранения являются средства обязательного медицинского страхования, при этом за счет этих средств возможно приобретение только оборудования стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу. Внедрение же современных технологий требует значительных финансовых вложений, что обуславливают необходимость привлечения частных инвестиций.

Вхождение частного капитала в медицинский сектор на сегодняшний день является общемировой тенденцией. Одним из наиболее действенных инструментов привлечения дополнительных финансовых средств в сферу здравоохранения является государственно-частное партнерство.

В настоящее время в Волгоградской области планируется приобретение лучевого оборудования для диагностики и лечения онкологических больных за счет привлечения частного бизнеса в рамках концессионного соглашения.

Состояние сферы здравоохранения находится в прямой зависимости от финансовых вливаний (как в инфраструктуру, так и в объемы оказываемых медицинских услуг) и эффективного менеджмента.

Как показывает мировая практика, совместная работа государства и бизнеса и в системе обязательного медицинского страхования, и в проектах по модернизации системы здравоохранения на основе государственно-частного партнерства (далее – ГЧП) более эффективна, чем в тех случаях, когда система здравоохранения находится исключительно в ведении государства. В России интеграция частных инвесторов в государственное здравоохранение только начинает развитие.

Государственно-частным партнерством является совокупность форм взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач, но на взаимовыгодных условиях. ГЧП может быть реализовано в форме государственно-частного предприятия, арендных отношений, финансовой аренды (лизинг), контрактов, концессионных соглашений и т.д.

По данным Министерства здравоохранения РФ в рамках государственно-частного партнерства активно развиваются кабинеты врачей общей практики, центры семейной медицины, аутсорсинг при осуществлении непрофильных функций в деятельности учреждений здравоохранения.

Развитие здравоохранения Волгоградской области требует решения задач по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрению современных диагностических и лечебных технологий в практику, что позволит получить максимальный эффект в области улучшения состояния здоровья граждан.

Благодаря реализации мероприятий приоритетного национального проекта "Здоровье" и значительным государственным инвестициям на основе трехстороннего соглашения органов исполнительной власти Волгоградской области с Минздравсоцразвитием России и ФФОМС при реализации Программы модернизации здравоохранения Волгоградской области 2011-2013гг. (далее - Программа) были достигнуты определенные результаты повышению доступности специализированной и в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. На приобретение оборудования было затрачено порядка 4712165,0 тыс. рублей. Уровень оснащения медицинских организаций, участвующих в реализации программ, был приближен к стандартам оснащения диагностическим и лечебным оборудованием при оказании тех или иных видов медицинской помощи.

Однако, данного оборудования не достаточно. Так согласно Порядкам оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденному приказом МЗ РФ от 15.11.12 №915н, для целей оказания медицинской помощи по профилю «онкология» должно быть восемь аппаратов дистанционной лучевой терапии (из расчета 1 аппарат на 300 тыс. населения зоны обслуживания, т.е. потребность составляет 8 аппаратов). Фактическое количество аппаратов в Волгоградской области – шесть.

При этом, один из имеющихся аппаратов простаивает по причине выхода из строя различных опций, в том числе дорогостоящих (простой в 2014 году – 289 дней, в 2015 году – 339 дней, с 21.11.2016 по настоящее время – не работает). В периоды простоя резко сокращается пропускная способность радиотерапевтического отделения, что приводит к очереди и нарушению сроков оказания специализированной помощи онкологическим больным. Еще два аппарата модели, которых технически устарели, не позволяют применять современные технологии лучевого лечения, их остаточная стоимость – 0 руб., а стоимость технического обслуживания – 600,0 тыс. и 300,0 тыс. руб. в год,

2016 году на существующих аппаратах пролечено около 1200 пациентов. Модернизация имеющейся техники и установка нового оборудования существенно сократит

сроки начала специального противоопухолевой терапии и увеличит число пациентов, получивших качественное лучевое лечение (около 2000 пациентов в год). Современное оборудование для лучевой терапии позволит реализовать современные высокие технологии, которые существуют в лучевой терапии на данный момент.

Одной из самых современных технологий диагностики в онкологии является позитронно-эмиссионная томография (далее - ПЭТ/КТ). Метод позволяет получить большее количество клинически значимых данных, чем любые известные на сегодняшний день методы. Метод позволяет обнаружить мельчайшие опухолевые очаги в организме на самых ранних стадиях развития патологического процесса, а также проводить раннюю диагностику рецидивов и метастазов. В настоящее время исследования ПЭТ/КТ для жителей Волгоградской области выполняются в г. Воронеже, количество квот - 1000 в год. Потребность же в проведении диагностических ПЭТ-КТ-исследований онкологическим пациентам Волгоградской области составляет приблизительно 2500 исследований в год.

В настоящее время осуществляется процесс заключения соглашения на основе государственно-частного партнёрства, в рамках ФЗ № 115 "О концессионных соглашениях" для строительства "Радиологического корпуса с ПЭТ- центром". Объем финансирования объекта составляет около 3 млрд. рублей. Определены и согласованы источник финансирования, прогнозируемый темп роста объемов медицинской помощи в год, прогнозируемый темп роста тарифа на медицинские услуги в год.

Список литературы

1. Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. N 17. Ст. 2057. <http://отрасли-права.рф/article/11764>
2. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденному приказом МЗ РФ от 15.11.12 №915н
3. Программа модернизации здравоохранения Волгоградской области 2011-2013гг.
4. 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
5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, КАК НОВЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Ефимова Юлия Дмитриевна

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

Успехи в диагностике и лечении онкологических больных привели к значительному увеличению выживаемости. Однако применяемые в современной онкологии агрессивные методы лечения часто приводят к серьезным нарушениям функций организма и утрате трудоспособности. В последние годы повышенный интерес вызывает качество жизни онкологических больных. Под излечением в онкологии стали понимать не только клиническое выздоровление, но его психическое состояние, возвращение больного к прежнему социальному положению. Реабилитация стала неотъемлемой частью организационной и клинической онкологии.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 01.11.2011 года № 323-ФЗ лечение определено как «комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни»; [1]

Законом Волгоградской области о территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на период 2017-2019гг. от 6 декабря 2016 г. № 130-ОД определены критерии качества медицинской помощи. Одним из критериев является доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете.

Комитетом здравоохранения Волгоградской области Приказом от 06.05.2015 № 1411 «О дополнительных организационно-методических мероприятиях, направленных на достижение основных показателей структурных преобразований системы оказания медицинской помощи и основных показателей здоровья населения Волгоградской области» установлены рекомендуемые предельно допустимые значения показателя смертности от новообразований (в т. ч., от злокачественных) в 2014 - 2018 г.

Табл.1

Показатели смертности от новообразований

	Показатель смертности на 100 000 чел.				
	2014 г. факт	2015 г. факт	2016 г. факт	2017 г. прогноз	2018 г. Прогноз
Рекомендуемый	220,0	216,7	202,0	197,5	192,8
Фактически достигнутый	215,9	235,2	229,8		

Этап медицинской реабилитации подразумевает определение и реализацию комплекса лечебно-восстановительных мер, направленных на получение оптимального лечебного эффекта и скорейшее восстановление жизнедеятельности онкологического больного, что имеет стратегическое значение в плане повышения продолжительности и качества жизни больных злокачественными новообразованиями, а так же решает задачи по снижению нагрузки на экономику страны путем:

- уменьшения числа впервые вышедших на инвалидность в трудоспособном возрасте и увеличение числа лиц, вернувшихся к трудовой деятельности (инвалидность, связанная со злокачественными заболеваниями занимает седьмое место в структуре инвалидности для России);

- уменьшения длительности лечения по временной нетрудоспособности;

- снижения затрат бюджетных средств на обеспечение пациентов изделиями медицинского назначения и средствами индивидуального ухода.

Основные реабилитационные мероприятия заключаются в профилактике и лечении общих и местных послеоперационных осложнений, ранних лучевых реакций, побочных эффектов химиотерапии, а так же предупреждение прогрессирования основного заболевания. Реабилитация необходимо последовательно проводить как в ближайшем периоде после завершения лечения, так и на протяжении последующих лет, чтобы получить наиболее благоприятные результаты.

Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер. Только так можно добиться успеха в восстановлении участия онкологического больного в активной жизни.

На территории Волгоградской области 4 мая 2017 года на базе ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер» было открыто единственное в Южном

Федеральном округе отделение реабилитации онкологических больных 2 этапа на 30 коек круглосуточного пребывания.

Вновь созданное отделение оснащено физиотерапевтическим медицинским оборудованием в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи онкологическим больным, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология». Ремонт здания и оснащение отделения были проведены за счет внебюджетных источников на сумму 6 600,0 тыс. рублей.

Медицинская помощь в отделении реабилитации осуществляется как за счет ОМС (гарантированный объем помощи застрахованным гражданам), так и за счет средств добровольного медицинского страхования, личных средств граждан (оказание помощи не входящей в программу ОМС).

В отделении предусмотрено: физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, медицинский массаж, психологическая реабилитация.

В 2017г. для целей реабилитации Территориальным фондом медицинского страхования Волгоградской области были доведены объемы помощи: 600 случаев стационарной помощи при тарифах: Законченный случай госпитализации при проведении медицинской реабилитации (пациента, перенесшего операцию химиотерапию, лучевую терапию по поводу онкологического заболевания) стоимостью 13317,40 руб. и случай проведения при проведении медицинской реабилитации (короткий случай – менее 7 дней) 3995,20 руб.

В период с 04 мая по 01 октября 2017 г. в отделении пролечено 231 чел., из них 228 пациентов за счет средств ОМС и 3 пациента за счет внебюджетных источников. В настоящее время, учитывая, что данный вид помощи является новым для территории, имеет место невыполнение плана-заказа ТФОМС.

В планах работы отделения - возможность оказания реабилитационной помощи в условиях дневного стационара, что позволит оказать данный вид помощи большему числу пациентов и снизить сроки пребывания пациентов на круглосуточных койках.

Список литературы

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 01.11.2011 года № 323-ФЗ

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология».

3. Закон Волгоградской области «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от 06.12. 2016 № 130-ОД

4. Государственная программа Волгоградской области «Развитие здравоохранения Волгоградской области на 2014-2016 годы и на период до 2020 года»

5. Приказ от 06.05.2015 № 1411 «О дополнительных организационно-методических мероприятиях, направленных на достижение основных показателей структурных преобразований системы оказания медицинской помощи и основных показателей здоровья населения Волгоградской области.

6. <http://www.rakpobedim.ru/school/medicina/reabilitacija> «Вопросы реабилитации онкологических больных» Н.А. Захарченко, С.Б. Шахсуварян, Э.И. Мирзоян, О.В. Андрианов, Д.З. Мамаева

7. Данные, предоставленные администрацией ЛПУ

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Заклякова Виктория Денисовна, Саргсян Саргис Арменакович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент *Дьяченко Тамара Сергеевна*

Состояние здоровья российских школьников очень актуальная проблема, которая вызывает серьезную тревогу специалистов. Здоровье ребенка, его социально-психологическая адаптация, нормальный рост и развитие во многом определяются средой, в которой он живет. Для ребенка этой средой является система образования, т.к. с пребыванием в учреждениях образования связаны более 70% времени его бодрствования. В то же время в этот период происходит наиболее интенсивный рост и развитие, формирование здоровья на всю оставшуюся жизнь [1].

В процессе работы была исследована заболеваемость детского населения в России, Южного федерального округа и Волгоградской области (по данным Министерства здравоохранения РФ). Исходя из статистических данных наглядно видно, что заболеваемость детей увеличивается. Так, первичная заболеваемость в РФ в 2015 г. составила 177588,1 на 100000 детей, а в 2016 г. – 179444,1 (увеличение на 1%). В Волгоградской области первичная заболеваемость незначительно (на 0,4%) снижается (в 2015 г. - 154147,9, а в 2016 г. - 153500,1 на 100000 детей), однако она больше заболеваемости в ЮФО (2015 г. – 146503,1, 2016 г. - 142018,5 на 100000 детей).

Общая заболеваемость в Волгоградской области составила в 2015 г. 188394,6, а в 2016 г. увеличилась на 4,3% до 196428,9 на 100000 детей, что отражает неблагоприятную обстановку с состоянием здоровья детей в Волгоградской области.

Основные причины ухудшения состояния здоровья школьников:

1. потребление слабоалкогольных, газированных и энергетических напитков;
2. потребление алкоголя, наркотиков, прием психоактивных веществ, курение;
3. повышение интернет и игровой зависимости;
4. снижение воспитательных воздействий семьи;
5. снижение духовного, физического и психологического здоровья и т.д. [2].

Традиционно, забота о здоровье проявляется в виде выполнения требований санитарных правил. С 2002 года основным нормативным документом является СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях», согласно которому регламентируется температура воздуха, освещение, правильная посадка ученика и т.д. [3].

Также существуют нормативы интенсивности умственной деятельности учащихся в ходе урока (таблица 1).

Таблица 1

Нормативы интенсивности умственной деятельности учащихся в ходе урока

Часть урока	Время	Нагрузка	Деятельность
1-й этап. Врабатывание	5 мин.	Относительно невелика	Репродуктивная, переходящая в продуктивную. Повторение
2-й этап. Максимальная работоспособность	20-25 мин.	Максимальное снижение на 15-й мин.	Продуктивная, творческая, знакомство с новым материалом
3-й этап. Конечный	10-15 мин.	Небольшое	Репродуктивная,

порыв		повышение работоспособности	отработка узловых моментов пройденного
-------	--	-----------------------------	--

Однако существуют и современные методы заботы о здоровье – это здоровьесберегающие технологии - система мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его обучения и развития.

Задачи здоровьесберегающих технологий [4]:

1. Сохранение и укрепление здоровья детей;
2. Обеспечение активной позиции детей о здоровом образе жизни;
3. Партнерство семьи, педагогов и самих детей в укреплении их здоровья

Принципы здоровьесбережения [4]:

1. «Не навреди!» — все применяемые методы, приемы, используемые средства должны быть обоснованными, проверенными на практике, не наносящими вреда здоровью ученика и учителя;
2. Приоритет заботы о здоровье учителя и учащегося — все используемое должно быть оценено с позиции влияния на психофизиологическое состояние участников образовательного процесса;
3. Непрерывность и преемственность — работа ведется не от случая к случаю, а каждый день и на каждом уроке;
4. Субъект-субъектные взаимоотношения — учащийся является непосредственным участником здоровьесберегающих мероприятий и в содержательном, и в процессуальном аспектах;
5. Соответствие содержания и организации обучения возрастным особенностям учащихся — объем учебной нагрузки, сложность материала должны соответствовать возрасту учащихся;
6. Ответственность за свое здоровье — у каждого ребенка надо стараться сформировать ответственность за свое здоровье, только тогда он реализует свои знания, умения и навыки по сохранности здоровья.

Функции здоровьесберегающей технологии:

1. Формирующая - осуществляется на основе биологических и социальных закономерностей становления личности;
2. Информативно-коммуникативная - обеспечивает трансляцию опыта ведения здорового образа жизни, бережное отношение к индивидуальному здоровью;
3. Диагностическая - мониторинг развития учащихся на основе прогностического контроля, индивидуальное прохождение образовательного маршрута каждым ребенком;
4. Адаптивная - воспитание у учащихся направленности на здоровый образ жизни, оптимизирование состояния собственного организма и повышение стрессоустойчивости;
5. Интегративная - объединяет народный опыт, различные научные концепции и системы воспитания, направляя их по пути сохранения здоровья подрастающего поколения.

Анализ распорядка дня в нескольких общеобразовательных школах г. Волгограда, показал, что на сегодняшний день здоровьесберегающие технологии несовершенны, многие задачи и принципы здоровьесбережения не выполняются вообще или в недостаточном объеме и нужной форме. Данная проблема требует комплексного подхода к ее решению с привлечением различных специалистов и ведомств.

Список литературы

1. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.) // Медицинская газета. 2003. №30.
2. Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе / сост. С.А. Цабыбин. – Волгоград: Учитель, 2009.

3. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях»

4. Смирнов Н. К. Здоровье сберегающие образовательные технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, 2002. – с. 62.

УДК 617.57.77; 617.58.77

ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТИ БИОНИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ

Зеленкина Анна Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель *Шестакова Ирина Валерьевна*

Потеря верхней или нижней конечности вследствие ампутации является очень серьезной проблемой для человека, ведь при этом возникают сложнейшие проблемы и с физической, и с социальной адаптацией. Таким образом, человек становится почти полностью недееспособным, к тому же возникает тяжелая психологическая травма. Все эти трудности можно преодолеть при помощи качественного протезирования. Современная ортопедия, восстановительная реконструктивная хирургия и протезирование ставят своей целью максимальное восстановление функции конечности, скрытие косметического дефекта с помощью установления высокотехнологических протезов.[1] На сегодняшний день самым современным типом протезирования, является бионический протез, делающий даже самые сложные типы движений доступными.

Итак, каким должен быть современный протез? Он должен быть легким, прочным, удобным, износостойким; протез должен быть максимально адаптированным к повседневной жизни, а также к нему обязательно должно прилагаться гарантийное обслуживание. На практике далеко не все из этих условий могут воплотиться в жизнь – большинство современных протезов зарубежного производства, поэтому их ремонт осуществлять проблематично. К тому же, по отзыву носителей протезов, в них зачастую либо не хватает определенных двигательных возможностей, либо слишком много сложных, трудноизучаемых и впоследствии ненужных хватов. К тому же вопрос о максимально удобном креплении гильзы протеза остается открытым. В области производства и реализации протезов есть множество нерешенных задач, и вот главные из них:

1. В России слабо развито высококвалифицированное протезирование, в основном используются обычные косметические (пассивные) или простые механические протезы

2. Качество производимых в России бионических протезов не может конкурировать с зарубежными моделями (Ottobock, Touch Bionic, SLRStepper)

3. Протезы производства иностранных компаний имеют высокую стоимость

Что касается стоимости протеза, его установки, соответствующих комплектующих и гарантийного ремонта, то цены услуг в области протезирования конечностей для большинства людей более чем заоблачные. Именно по этой причине существует ИПР — Индивидуальная программа реабилитации. Согласно действующему российскому законодательству все категории инвалидов, при наличии Индивидуальной программы реабилитации, имеют право на бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями, повышающими уровень их независимости в повседневной жизни. В случае самостоятельного приобретения этих изделий все категории инвалидов имеют право получить денежную компенсацию в размере, установленном территориальным уполномоченным органом. [2] Однако обычно

оформление ИПР – довольно трудоемкий процесс и компенсации едва хватает на самый простой механический протез для осуществления элементарных движений.

Ситуацию с государственной поддержкой хорошо отражает статистика: в сегменте протезов верхних конечностей обеспеченность протезами российских пациентов составляла в 2013 году менее 15% (по оценке Агентства стратегических инициатив). Ежегодная потребность россиян в таких протезах превышает 60 тыс. штук, в протезах нижних конечностей - около 450 тыс. [3]

Также качество протезирования по ИПР далеко от возможностей современной техники, поскольку стоимость высокотехнологичной продукции превышает объем компенсации. Эту проблему можно решить путем поддержки отечественных производителей протезов. Сейчас главная их задача – уложиться в сумму госкомпенсации, чтобы выиграть конкурс на протезирование по ИПР. Таким образом, новые технологии в нашей стране не имеют возможностей для развития без финансовой поддержки, хотя существуют компании, готовые разрабатывать доступные бионические протезы, например компания “Моторика” уже запустила выпуск своего первого миоэлектрического протеза.

Таким образом, можно сделать соответствующий вывод – потребность в совершенствовании технологий протезирования существует, возможности для развития отрасли есть, ограничение наблюдается в виде четких рамок стоимости готового изделия. При государственной финансовой поддержке проектов на начальных этапах вполне может быть достигнута прогрессивные тенденции в качестве протезирования, и тысячи граждан нашей страны смогут снова стать полноценно дееспособными членами общества.

Список литературы

1. <http://протезирование-конечностей.рф>
2. <http://motorica.org>
3. <http://robotrends.ru>

УДК 3.36.368

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Каныгина Олеся Александровна, Каленова Мария Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель *Шестакова Ирина Валерьевна*

В последние столетие необходимость в социальной защите возросла, что подтолкнуло общество к выработке более совершенных механизмов страхования рисков, связанных со здоровьем. В проводимых социально-экономических реформах ключевое место занимало медицинское страхование. Главную роль в становлении такой формы социальной защиты в России сыграли масштабные и значимые для страны события, которые позволили дать толчок для развития общественной медицинской помощи. В статье представлен краткий обзор исторических событий, произошедших в период XIX - начало XX века, так как именно в этот промежуток возникает система медицинского страхования.

Во второй половине XIX века социальная помощь приобрела форму медицинского страхования. Данный вид страхования является основным звеном в сфере социальной защиты населения по охране здоровья и имеет цель гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Возникновение системы помощи болеющему населению было связано с развитием в конце XIX века земской медицины, которая компенсировала расходы за счет государственной казны. Наравне с земской медициной, распространение получило создание

вспомогательных касс и больниц при заводах и фабриках. Выплата пособий по временной нетрудоспособности, пенсий участникам товариществ и членам их семьи являлось основной задачей касс, также осуществлялся прием вкладов и выдача ссуд.

Социальная незащищенность пациентов и работников медицинских учреждений, недостаток в обеспечении инструментами, необходимым оборудованием и медикаментами определили переход к медицинскому страхованию в России.

Значимым нормативно-правовым актом для формирования медико-социального страхования стал Закон от 1903 года "О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности". По данному Закону работодатель брал на себя ответственность за ущерб, который мог получить рабочий при несчастных случаях на производстве, также предусматривалась обязанность нанимателя и казны выплачивать пособия, пострадавшим работникам.

23 июня 1912 года в Российской империи появился Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев. Устанавливалось, что врачебная помощь за счет работодателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах: первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях, амбулаторное лечение, родовспоможение и больничное лечение. Спецификой больничных касс являлось то, что в их деятельности принимали участие владельцы заводов и фабрик, оказывая материальную и организационную поддержку. Члены её правления исполняли свои обязанности абсолютно бесплатно. Число больничных касс значительно увеличивалось (табл.1).

Таблица 1

Организация больничных касс для социального медицинского страхования в Российской империи в 1914–1916 гг.

Показатель	1914 г.	1916 г.
Число больничных касс, предполагаемых к открытию по закону 1912 г.	3690	3517
Доля действующих больничных касс из предполагаемых к открытию, в %	29,7	66,2

Пришедшее к власти в 1917 году Временное правительство приступает с проведения реформ в сфере обязательного медицинского страхования. Устанавливались такие положения, как расширение круга застрахованных, предоставление права больничным кассам объединяться в общие кассы без одобрения работодателей, также были повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников и возможность полного самоуправления больничных касс работающими [1].

Временное правительство дало начало реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября 1917 года о введении в стране «полного социального страхования». Ключевые положения были следующие: распространялось социальное страхование на всех рабочих и на все виды потери трудоспособности; перенесена ответственность на предпринимателей и государство за возмещение всех расходов по страхованию; появилась возможность компенсации полного заработка в случае потери трудоспособности и безработицы.

19 февраля 1919 года В.И. Ленин подписывает Декрет "О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения", в итоге все лечебное дело передается Народному Комиссариату Здравоохранения. Следовательно, кассовая медицина упраздняется этим Декретом. Последствия от этой реформы на борьбе с инфекционными заболеваниями отразилась весьма успешно (рис. 1). В значительной степени уменьшился уровень заболеваемости туберкулезом, холерой, сифилисом, снизилась детская смертность [2].

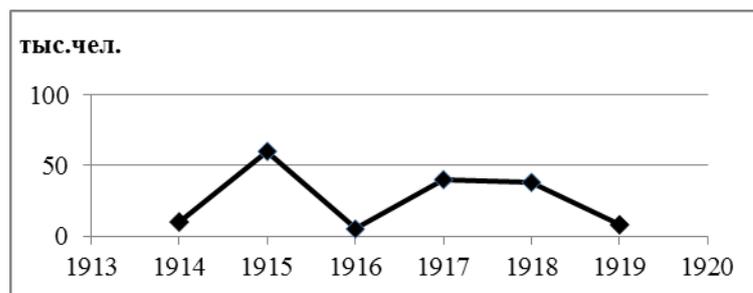


Рис. 1. Число случаев заболевания холерой в 1912-1919 годах

«В условиях общей разрухи и при одновременном неудержимом развале земской, городской и других медицинских организаций создавалась и выросла страховая рабочая медицина, - напишет в 1919 году историк А. И. Рабинович» [3].

Общие принципы страхования, заложенные февральской революцией, дошли до нашего времени, но в несколько усовершенствованном виде. На настоящий момент, согласно программе обязательного медицинского страхования, застрахованными считаются не только работающие или потерявшие трудоспособность граждане, но и неработающие лица, дети до 18 лет, члены фермерских хозяйств, а также граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; иностранные граждане. Застрахованные лица имеют право на замену медицинской страховой организации, защиту персональных данных и обязаны предъявлять полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Осуществленные реформы, изданные законы и постановления позволили дать толчок развитию и совершенствованию страховой медицины в России. Медицинское страхование по сей день является значимым вопросом в современном обществе, так как очень важно обеспечить права застрахованных граждан для получения медицинских услуг, требуемого качества и объема.

Список литературы

1. Миняева В.Л., Вишнякова Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. — 2012. — С. 25.
2. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке. — 1999. — С. 128.
3. Д.Степанов. Суть времени. Трудный путь советской медицины. — 2016. — №167. — С. 12.

УДК: 618.2(470.45)

ДИНАМИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2016 ГГ.

Киселева Карина Диасовна, Наткина Оксана Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения,
 к.м.н., доцент *Дьяченко Тамара Сергеевна*

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – все методы лечения или процедуры, которые включают в себя манипуляции *in vitro* с человеческими ооцитами, спермой и эмбрионами с целью добиться наступления беременности [1]. Изменение репродуктивного поведения населения в существующих демографических условиях и большая распространенность бесплодия определяют рост потребности во вспомогательных

репродуктивных технологиях. Согласно определению ВОЗ (1993) бесплодным считают брак, при котором у женщины детородного возраста не наступает беременность в течение года регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств. Причиной бесплодия могут быть нарушения репродуктивной системы у одного или обоих супругов. При этом женский фактор служит причиной бесплодия в браке в 45% случаев, мужской — в 40%, сочетанный — в 15% случаев [2]. С 2014 года в России процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) оказывается бесплатно в рамках программы государственных гарантий.

Целью исследования было провести анализ медицинской деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и вспомогательных репродуктивных технологий в медицинских организациях Волгоградской области за 2014-2016 гг.

Для проведения анализа использовалась информация комитета здравоохранения Волгоградской области. Изучены данные об учреждениях, имеющих лицензию на оказание ВМП, в частности ЭКО, и их укомплектованность кадровым составом по данному профилю. Оценен объем оказания процедур ЭКО, его эффективность по числу наступивших беременностей и количеству новорожденных. Изучены вопросы финансирования данного вида ВМП в зависимости от источника.

Результаты анализа показали неравномерное изменение объемов и эффективности ЭКО за исследуемый период (рис. 1).

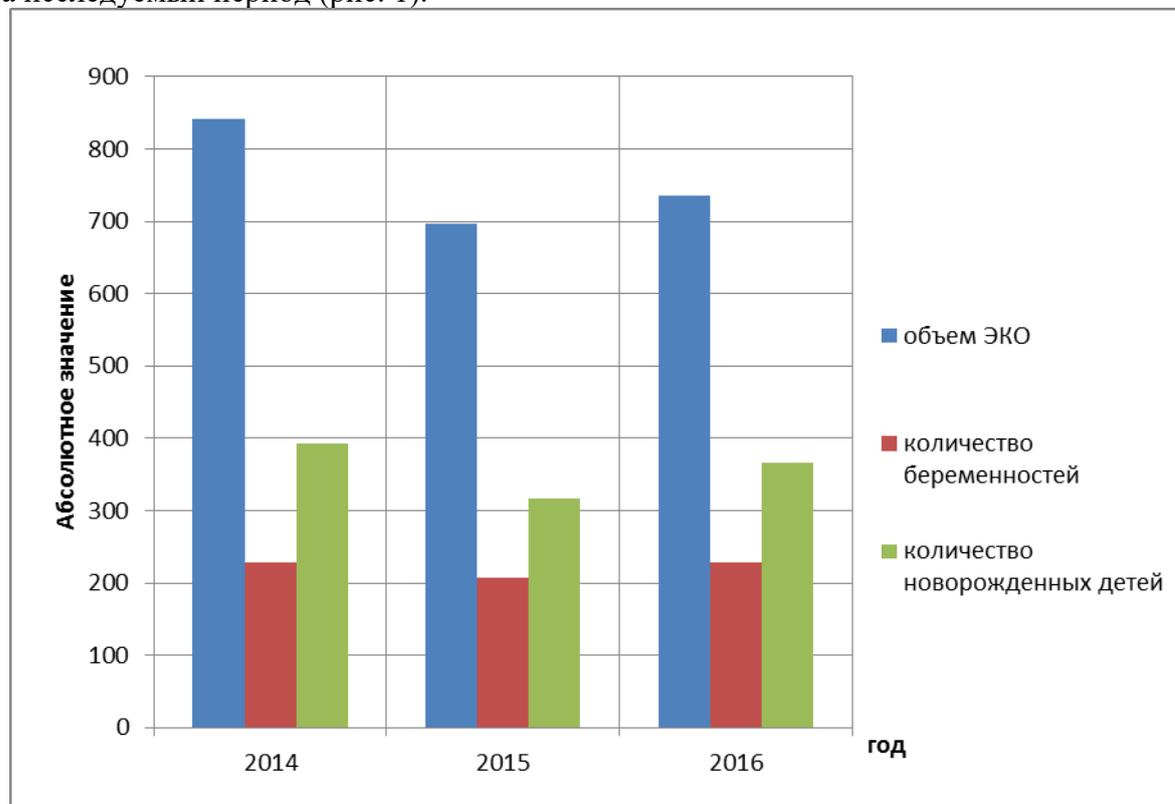


Рис. 1. Эффективность ЭКО в Волгоградской области в 2014-2016 гг.

В 2014 году было проведено 752 процедуры ЭКО жительницам Волгоградской области и 89 женщинам из других регионов Российской Федерации на общую сумму 95122446,9 рублей (стоимость одной процедуры 113109,0 рублей). По данным ультразвукового исследования у 229 женщин после процедуры ЭКО наступила беременность. Так же необходимо отметить, что после проведенных процедур ЭКО в родильных домах Волгоградской области родилось 392 ребенка, из них в 60 случаях – двойни и в 5 – тройни. Процедура ЭКО проводилась в двух медицинских учреждениях – Клиника № 1 ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" и ООО "Геном-Волга", в которых по данному профилю работало 6 врачей.

За 2015 год жительницам Волгоградской области было проведено 708 процедур ЭКО, из них 697 за счет средств ОМС на общую сумму 79740006,2 рублей (стоимость одной процедуры 114404,6 рублей). После процедуры ЭКО по данным ультразвукового исследования у 208 женщин после процедуры ЭКО наступила беременность, в родильных домах Волгоградской области родилось 316 детей, из них в 39 случаях - двойни и 1 – тройня. Процедура ЭКО проводилась в трех медицинских учреждениях Клиника № 1 ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет", ООО "Геном-Волга" и ООО "Центр ЭКО", количество врачей-специалистов увеличилось до 8.

В 2016 году жительницам Волгоградской области за счет средств ОМС проведено 736 процедур ЭКО на общую сумму 84503398,4 рублей (стоимость одной процедуры 114814,4 рублей). После проведенных процедур ЭКО в родильных домах Волгоградской области родилось 367 детей, из них в 47 случаях двойни. Процедура ЭКО проводилась так же в трех медицинских учреждениях.

Таким образом, анализ деятельности медицинских учреждений, предоставляющих процедуры ЭКО в рамках ОМС за период 2014-2016 гг. выявил снижение количества процедур в 2015 году на 17,1% с последующим ростом всего на 5,6% в 2016 году. Соответственно и финансирование за счет средств ОМС также снизилось в 2016 по сравнению с 2014 года на 11,1%. Количество беременностей и родившихся детей у женщин, получивших ЭКО, снижалось в 2015 году по сравнению с 2014 годом и незначительно увеличилось в 2016 году. В 2014 году процедура ЭКО проводилась в двух медицинских учреждениях ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" Клиника № 1 и ООО "Геном-Волга", в 2015 г. открылся ООО "Центр ЭКО" и на момент 2016 года процедура ЭКО проводилась в 3 медицинских учреждениях, где общее число специалистов составило 8.

Список литературы

1. Словарь Терминов ВРТ, 2009 Пересмотренный ИКМАРТ и ВОЗ словарь терминов ВРТ, 2009.
2. Кулакова В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 г. — 332 с.

УДК 61:33

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кондрашова Яна Владимировна

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

С переходом России к коммерческим взаимоотношениям появилась необходимость восстановления рынка страхования.

Началом создания страховой медицины в современной России можно считать выход в свет Закона РФ от 28.06.1991 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон постановил правовые и организационные правила медицинского страхования граждан в нашем государстве. Именно с этого времени медицинское страхование в России проводится в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) стало новым для российской системы видом социального страхования граждан. В соответствии с законом Российской Федерации от 28.06.1991 N 1499-1, ОМС должно было давать гарантию всем лицам, имеющим российское гражданство равных возможностей в осуществлении врачебной и лекарственной

помощи, проведения профилактических процедуры, в пределах федеральной и региональных программ.

Финансирование ОМС осуществляется из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджет которого формируется из взносов на неработающее население, поступающих из региональных бюджетов, а так же из взносов на работающее население, которые составляют 5,1% от фонда оплаты труда. Затем данные средства распределяются в территориальные фонды (ТФОМС). В свою очередь, ТФОМС заключает договор о финансовом обеспечении ОМС со страховыми медицинскими организациями.

Страховые медицинские организации полностью контролирует объемы, сроки, качество и условия медпомощи, а также разъясняют гражданам их права на получение бесплатной медицинской помощи в рамках действующего законодательства. Они гарантируют застрахованным защиту прав в досудебном и судебном порядке, а также участие в процессах по возмещению ущерба, причиненного пациенту в результате лечения ненадлежащего качества.

Динамика поступлений и выплат рынка ОМС за 2013-2015 гг. представлена в таблице 1.

Таблица 1

Показатели рынка обязательного медицинского страхования

ОМС	Годы		
	2013	2014	2015
Поступило средств, всего, млн. руб	840235,9	1199749,9	1360134,4
Использовано средств, всего, млн. руб	804749,8	1137611,7	1305540,0

Как показывают данные таблицы, за период с 2013 по 2015 гг. наблюдается рост объема рынка ОМС, что свидетельствует о повышении взносооблагаемой базы, а именно, заработной платы населения выплачиваемой работодателями официально.

Тем не менее, система ОМС в настоящее время сталкивается со многими проблемами, поэтому она требует реформирования и совершенствования.

На настоящий момент для системы обязательного медицинского страхования основными проблемами являются:

- отсутствие достаточного финансирования;
- отсутствие стандартизации в плане оказания медицинских услуг;
- отсутствия должного контроля за качеством оказываемой медицинской помощи;
- отсутствие персонифицированного учета.

Услуги, которые не предоставляется специальными программами обязательного страхования, вводятся в программы добровольного медицинского страхования (например, благоустроенная палата, хорошее питание больного, новейшее медицинское оборудование и т.п.).

Таким образом, все расходы ОМС оплачивает государство, но в рамках такой специальной программы люди получают далеко не все виды услуг. Коммерческая медицина доступна не всем. Поэтому гражданам предлагают обслуживаться в рамках добровольной страховой программы. Оплатив подобную программу, человек может сам выбирать страховую компанию-посредника, услуги, их виды и учреждения, в которых он будет получать медицинскую помощь.

Список литературы

1. Официальный сайт РСА [Электронный ресурс]: <http://autoins.ru/ru/>
2. Рейхарт Д.В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития // Экономика здравоохранения. – 2015. – № 10.

УДК 314.174

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ КАК ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Конева Дарья Александровна

Россия, Волгоградский государственный университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Бабич Татьяна Владимировна*

Российская Федерация – это социально-ориентированное государство. Однако, в такой важнейшей сфере обеспечения благосостояния населения, как здравоохранение существует множество проблем. Это и слабая укомплектованность больниц медицинским персоналом, которая порождает снижение доступности здравоохранения, и фрагментация системы здравоохранения в целом. Перед государством встают такие задачи как увеличение продолжительности жизни, снижение смертности, повышение рождаемости. Эти демографические показатели напрямую связаны со сферой здравоохранения, а именно, они зависят от качества оказания медицинских услуг, степени профессиональности врачей и, конечно же, доступности медицинской помощи для всего населения.

Аналогичная ситуация складывается, если рассматривать не государство в целом, а конкретные регионы. Анализ демографических показателей Волгоградской области показал, что ежегодно количество граждан региона стремительно падает. Особенно сильно это заметно в сельских территориях.

В соответствии с Уставом Волгоградской области и Законом «Об административно-территориальном устройстве Волгоградской области», регион включает в себя следующие административно-территориальные единицы: 6 городов областного подчинения; 33 района, в том числе: 13 городов районного подчинения, 17 рабочих посёлков, 465 сельсоветов (1458 сельских населенных пунктов). В структуре сельского расселения преобладают малочисленные сельские населенные пункты. Более половины сельских поселений имеют число жителей от 500 до 2000 человек, две трети имеют население менее 200 человек.

Общая численность населения Волгоградской области составляет 2535,2 тыс. человек. Из них к городскому населению относятся 1947,2 тыс. человек, а к сельскому – 588,0 тыс. человек, что составляет 76,8% и 23,2% от общего числа граждан соответственно.

Казалось бы, такая динамика становится возможной из-за миграционного оттока, ведь молодежь уезжает из деревень, а из городов многие переезжают для поиска более перспективных условий труда. Но, к сожалению, важнейшей причиной данной динамики также является высокая смертность населения и отрицательный естественный прирост. Так, В 2016 году в регионе родилось 28436 человек, умерло 34718: убыль составляет 6282. На 1000 человек умерло 2,5 человека. В части городского населения родилось 22010 человек, умерло 26307: убыль составила 4297. На 1000 человек 2,2 человека умерло. Если говорить о сельском населении, то цифры более существенны: родилось 6426 человек, умерло 8411 – убыль составляет 1985. На 1000 человек умерло 3,3 человека. При этом, 3 года назад аналогичные показатели по сельскому населению были в 3 раза меньше. По всем муниципальным районам, кроме двух наблюдается отрицательный естественный прирост. Только лишь в Городищенском и Среднеахтубинском районах наблюдается положительный прирост по состоянию на 1 января 2017 года [1].

Ежегодно региональные власти реализуют важнейшие мероприятия по развитию здравоохранения в сельских территориях. Однако сложно говорить об их 100%-ной эффективности. Основные проблемы системы здравоохранения в сельских территориях Волгоградской области:

- низкий уровень доступности отдельных видов медицинской помощи;
- недостаток первичных кадров;
- медленный темп развития общих врачебных практик на селе;
- слабая материально-техническая база учреждений здравоохранения;
- основа управления системой здравоохранения в селе - финансовая возможность, а не фактическая потребность в медицинской помощи.

В Волгоградской области для развития сельского здравоохранения выделяется необходимое количество средств в соответствии с государственной программой. Так, например, мощным двигателем данного вопроса является реализация программы «Земский доктор», по результатам которой за период с 2014 по 2016 годы было привлечено 189 врачей (в 2017 планируется привлечь 75 врачей), а также «Земский фельдшер», за счет которой в тот же период 80 кадровых единиц работают в сельских учреждениях (в 2017 году планируется привлечь 40). Однако необходимо также обратить внимание на развитие социальной инфраструктуры села, чтобы молодые специалисты могли рассматривать эти территории в качестве места их постоянного проживания [2].

Неотъемлемой частью развития сельского здравоохранения является создание и развитие структуры ФАПов. Планируется, что к 2027 году их общее количество составит 665 единиц, в том числе 10 передвижных. Число офисов общей врачебной практики в 2017 году составляет 10 единиц, а к 2027 уже достигнет 31 (на базе врачебных амбулаторий и участковых больниц. Сейчас первичная медико-санитарная помощь городскому населению осуществляется по трехуровневой системе, что не предусмотрено для сельских жителей, хотя это позволило бы повысить качество предоставляемых услуг [3].

Выделим и кратко обозначим другие направления совершенствования здравоохранения сельских территорий в Волгоградской области:

- внедрение и широкое использование телекоммуникационных технологий и скорейший переход на ведение электронной документации;
- усиление выездной работы мобильными бригадами;
- создание системы профилактических мероприятий для сельских жителей, в том числе, формирующих приверженность к ЗОЖ;
- реализация мероприятий, направленных на информирование граждан о льготном лекарственном обеспечении, порядка оказания медицинской помощи, мероприятиях по модернизации и развитию здравоохранения;
- замена транспортных средств в сельских учреждениях здравоохранения;
- развитие сети домовых хозяйств по оказанию первой помощи;
- создание условий для развития различных форм государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья граждан.

В заключение, важно своевременно обновлять и модифицировать систему управления сельским здравоохранением. Только внедрение таких механизмов, которые позволили бы как заинтересовать, так и поднять уровень ответственности учреждений здравоохранения и их структурных подразделений за оказание максимального объема высококачественной медицинской помощи сельскому населению наиболее эффективным способом, сможет дать мощный толчок к улучшению состояния здоровья сельских граждан, что впоследствии обеспечит рост их благосостояния, а значит и улучшение социально-экономического положения региона в целом.

Список литературы

1. Официальный сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики в Волгоградской области, «Население» / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://volgastat.gks.ru/>

2. Государственная программа Волгоградской области «Развитие здравоохранения Волгоградской области на 2014 - 2016 годы и на период до 2020 года» / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/460226085>

3. Приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 20.12.2016 № 4142 «Об утверждении комплексного плана по развитию сельского здравоохранения Волгоградской области в 2017 году» / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://volgazdrav.ru/index.php/documents/item/9854-prikaz-komiteta-zdravoohraneniya-volgogradskoy-oblasti-ot-20122016-4142-.html>

УДК 614.2

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙКОЗА В РОССИИ И ГЕРМАНИИ

Мищенко Ангелина Игоревна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель *Шестакова Ирина Валерьевна*

Лейкоз – это опасное злокачественное онкологическое заболевание системы кроветворения (гемопоза), характеризующееся патологическим увеличением количества лейкоцитов в крови. Другие названия болезни: лейкемия, рак крови, белокровие. Чаще встречается у детей от 2 до 4 лет и у более старшего поколения (около 90%). У больных лейкозом закономерно проявляются анемия, тромбоцитопения, лимфоцитопения, гранулоцитопения; наблюдается повышенная кровоточивость, кровоизлияния, инфекционные осложнения, подавление иммунитета [1]. Процент выживаемости людей указывает в основном на тех, кому спрогнозировано определенное время с момента постановки диагноза: 5-летний и 10-летний прогноз (не исключает случаев с большей продолжительностью жизни). В России только 20% людей от 16 до 45 лет с 5-летней выживаемостью, по данным статистики ВОЗ [2].

Эффективное лечение, химиотерапии, поддерживающие терапии обуславливают ранее обнаружение симптомов, тщательное обследование пациента, постановка точного диагноза, наблюдение в специализированных клиниках. В настоящее время разрабатываются новые высокотехнологичные направления лечения, такие как трансплантация стволовых клеток (крупнейшая донорская база находится в Германии), новые препараты, методы диагностики.

Немецкая медицина на протяжении длительного времени считается вторым мировым стандартом в области онкологии после Израиля: высококвалифицированные специалисты, техническое оснащение клиник, развитие новейших методов терапии, государственная поддержка и контроль, стоимость лечения. В Германии множество клиник, специализирующихся на лечении онкозаболеваний, в частности, лейкоза, но мы рассмотрим клиники, пользующиеся Мировым спросом.

Университетская клиника Дюссельдорфа является ведущей университетской клиникой во всех областях медицины: все узкие специальности здесь связаны в едином комплексе. Научные проекты клиники разделяются на клинические и экспериментальные исследовательские области: мезенхимальные стволовые и стромальные клетки, живые модели возникновения лейкемии, клеточная передача сигнала и биология стволовых клеток и другие [3].

Группа многопрофильных клиник «Вивантес-Берлин» (г. Берлин) основана более 140 лет назад и является одной из крупнейших государственных сетей здравоохранения Европы, самой крупной в Германии. В состав Центра онкологии и гематологии «Вивантес» входят 3 онкологических центра Берлина, расположенные в разных районах города. Все они осуществляют медицинскую помощь пациентам в соответствии с критериями Немецкого общества онкологии и гематологии (DGHO), Ассоциацией онкологических центров Германии (ADT) и Немецкого общества онкологической помощи (DKH), и успешно ими сертифицированы [3].

Клиника «Стемедикал» (г. Лейпциг) специализируется на проведении лечения стволовыми клетками.

Стоимость лечения индивидуальна для каждого пациента, но стандарт цен во всех клиниках примерно равен и составляет [3]:

- комплексная гематологическая диагностика – 2330-5200 долл/7 дней
- острый лейкоз: 1 курс химиотерапии – 70-105 тыс.долл (6,2 млн.руб)
- пересадка костного мозга – 140-175 тыс.долл (10,3 млн.руб)
- реабилитация после трансплантации костного мозга – 113-130 тыс.долл (7,7 млн.руб)

64% от числа всех больных лейкозом выбирают клиники Германии, ссылаясь на качество обслуживания, относительно невысокую (для данной сферы) стоимость. Также в Германии законодательно установлена медицинская обязательная страховка в размере 10% от затрат пациента.

Россияне часто выбирают лечение в зарубежных клиниках, на данное явление есть несколько различных причин: недоверие к отечественным специалистам, отсутствие возможности лечения в России (отсутствие доноров), примеры и отзывы знакомых, других людей, материальная составляющая. Немаловажная причина – незнание о развитии медицины в России, незаинтересованность в этом, подкрепленная недоверием, а ведь она делает огромные шаги к развитию и совершенствованию. На сегодняшний день существует множество ведущих онкологических клиник, способных лечить пациентов с онкологическими заболеваниями разной сложности. Медицинские учреждения стали использовать новые препараты и методики, новейшее оборудование. Лечение лейкоза в Москве - сейчас это реальность [4].

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН основан в 1951 году в Москве. В его состав входят пять институтов: НИИ клинической онкологии, НИИ детской онкологии и гематологии, НИИ клинической и экспериментальной радиологии, НИИ экспериментальной диагностики и терапии опухолей и НИИ канцерогенеза. Центр осуществляет следующие основные виды деятельности: оказание высококвалифицированной медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями и предопухоловой патологией; проведение научных исследований в области изучения биологии опухолевой клетки, механизмов канцерогенеза и опухолевой прогрессии (молекулярные, вирусологические, химико-физические, генетические, клеточные, иммунологические аспекты); экспериментальная и клиническая разработка новых технологий в области хирургического лечения злокачественных опухолей. Ведет постоянную научную исследовательскую деятельность в области онкогематологии.

«МЭДСИ» - современная крупнейшая в России федеральная частная сеть медицинских клиник, многопрофильная. Здесь проводятся следующие гематологические исследования: общий анализ крови, дифференциальная диагностика патологий крови, анализ костномозгового пунктата, исследование системы гемостаза. После тщательной диагностики при наличии патологии пациенту назначается индивидуальное лечение: курс химиотерапии, курс поддерживающей терапии, возможен хирургический метод лечения. Укажем прайс-цен:

- прием врача онколога-химиотерапевта – 4 тыс.руб
- химиотерапия , 1 сеанс (одно введение препарата) – 15 тыс.руб
- диагностика состояния пациента после сеанса химиотерапии – 3 тыс.руб

Установить конкретную причину развития лейкоза до сих пор не удалось. Отмечается некоторая связь заболевания с хромосомными аномалиями. Первые симптомы лейкоза являются неспецифичными и могут не восприниматься, как серьезное заболевание. Начало лейкоза обычно напоминает простуду. Это говорит о том, что нужно быть более внимательным к своему здоровью и здоровью близких людей: рекомендуется регулярно (ежегодно, лучше – раз в полгода) проходить полную диагностику организма на наличие патологических форм.

Список литературы

1. Лейкозы у детей, 2009 – Г.Л. Менткевич, С.А. Майкова – 1.1. Острые лейкозы, [1]
2. Официальный сайт ВОЗ - <http://www.who.int/ru/> - статистические данные, [2]

3. Официальный сайт BookingHealth - <http://germany.bookinghealth.ru> – данные о клиниках Германии, [3]
4. <https://docland.ru/russia> - о лечении лейкоза в России, [4]

УДК 61.615.1

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ АССОРТИМЕНТОМ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ

Орлова Юлия Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.ф.н. *Ганичева Людмила Михайловна*

Введение: Респираторные заболевания, вызываемые вирусом гриппа, и ОРВИ являются одной из основных причин сезонной заболеваемости в глобальном масштабе. Сегодня в 50 регионах России (преимущественно в европейской части) отмечено превышение эпидемических порогов. С этой точки зрения изучение потребительских предпочтений, влияющих на них факторов, и степени удовлетворенности потребителей ассортиментом противовирусных препаратов для лечения ОРВИ является актуальной задачей, позволяющей обеспечить качественное лекарственное сопровождение сезонных простудных заболеваний, а так же сформировать достаточный аптечный ассортимент препаратов изучаемой группы.

Цель: выявление удовлетворенности и предпочтений посетителей в ассортименте противовирусных лекарственных препаратов для лечения ОРВИ в исследуемой аптеке.

Материалы и методы анализа: Проведен социологический опрос методом анкетирования посетителей в одной из аптек сети «Вита», расположенной в районном центре Волгоградской области. Всего в опросе принимало участие 33 человека. Из них 71% лиц женского пола, 29% лиц мужского пола.

Результаты: Установлено, что при выборе противовирусного препарата в первую очередь покупатели ориентируются на стоимость (61%). В качестве лекарственных форм противовирусных препаратов покупатели используют таблетки (85%). Обычно покупатель находит информацию о противовирусных препаратах у аптечного работника (43%), самостоятельно (57%). В основном покупатели покупают препараты стоимостью от 150 до 400 рублей (57%). Большая часть покупателей ответили, что читают инструкцию, прилагаемую к препарату (81%). Самыми эффективными противовирусными препаратами, по мнению покупателей являются - Анаферон (32%) и Кагоцел (29%). Покупателям приходилось приобретать противовирусные препараты за последний месяц 2 раза (7%). Качество обслуживания в аптеке для покупателей хорошее (94%). Индекс Вышковского в информационной базе данных представлен только для Кагоцела - 0,139. Факторами, влияющими на потребительские предпочтения при выборе противовирусных лекарственных препаратов является стоимость и степень известности данного препарата (61% и 38% соответственно).

Вывод: В результате проведенного анкетирования покупателей аптеки выявлены предпочтения в ассортименте противовирусных препаратов (анаферон и кагоцел). Значение индекса Вышковского совпадает с мнением покупателей. Основная масса посетителей удовлетворены имеющимся ассортиментом ЛП в исследуемой нами аптеке.

Список литературы

1. Бибнова М. Использование отечественных препаратов в терапии ОРВИ и гриппа//Ремедиум-2017-№9-с.54-59
2. Чучалин А. Отсрочка в лечении гриппа - угроза жизни пациента//Ремедиум-2016-№1-с.23-26

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Очирова Алина Эрдниевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики и менеджмента *Кукина Елена Николаевна*

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) является важнейшим приоритетом государственной стратегии. Состояние здоровья населения - важнейший фактор обеспечения безопасности и стабильности развития государства. Необходимо признать, что Россия по основным показателям здорового образа жизни радикально отличается в худшую сторону не только от развитых, но и от многих развивающихся стран. В современной России на риск преждевременной смерти влияют как злоупотребление алкоголем, приводящее к преждевременной смерти около полумиллиона человек, так и курение, уносящее от 330 до 400 тыс. человек ежегодно [3, 4]. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья семьи (РМЭЗ), около половины взрослого населения страны имеет избыточный вес, что в подавляющем большинстве случаев является показателем неправильного питания и недостаточной физической активности [2].

Неслучайно, что среди всех факторов, формирующих здоровье населения, по данным ВОЗ, до 50% приходится на элементы здорового образа жизни (ЗОЖ) и только 10% — на систему здравоохранения. [1]

Повсеместное распространение среди населения неблагоприятных факторов образа жизни создает серьезную проблему подготовки новых поколений к реализации репродуктивной функции, профессиональной деятельности и обороноспособности, что требует соответствующего решения проблем формирования ЗОЖ. Разработка и реализация стратегий, проектов, программ подобного рода должны быть направлены не только на отдельные элементы (факторы) образа жизни населения, но и учитывать особенности отдельных контингентов и коллективов людей, структуры, характера формирования семей с целью усиления уже существующих мероприятий и внедрения инновационных мер.

Исходя из всего вышесказанного политика здорового образа жизни в последние годы активно формируется Правительством РФ. Например, за последние два года приняты важные документы: «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения», «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака», «Основы государственной политики в области здорового питания». В настоящее время идет подготовка и других документов в этой области, соответствующие меры разрабатываются экспертами в рамках реализации Стратегии 2020.

Основная цель Стратегии - снижение заболеваемости и смертности населения РФ за счет уменьшения распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения. В этой связи её основными задачами являются:

- информирование населения об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний;
- обеспечение доступности медицинской помощи по диагностике неинфекционных заболеваний;
- снижение потребления алкоголя и табака среди населения;

- предупреждение и снижение уровня немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;
- повышение уровня физической активности, приверженности рациональному питанию;
- снижение уровня психоэмоциональной нагрузки у населения Российской Федерации.

Стратегия предусматривает ряд мер, направленных на решение вышеупомянутых задач и конкретные результаты. В частности, к 2020 году ожидается:

- увеличение числа кабинетов медицинской помощи по отказу от курения с 660 до 5000;
- снижение потребления алкоголя (в литрах на душу населения) с 13,0 (2012) до 10,0 (2020);
- снижение распространенности табака среди детей и подростков до 15%; среди взрослого населения – с 35% до 25%;
- снижение общей смертности от всех причин - с 13,3 (2012) до 11,4 на 1000 населения;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74,4 лет.

Необходимо подчеркнуть, что наряду с обязательствами государства по обеспечению охраны здоровья на граждан России Стратегией также возложены обязательства по заботе о собственном здоровье, соблюдению определенных норм и правил. [5].

Список литературы

1. Дорофеев С. Б., Бабенко А. И. Национальные стратегии формирования здорового образа жизни населения // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 2015. - 59 (6). - С. 44—47.
2. Засимова Л. С., Колосницына М. Г. Формирование здорового образа жизни у российской молодежи: возможности и ограничения государственной политики (по материалам выборочной исследований) // *Вопросы государственного и муниципального управления*. – 2011 - №4. – С.116-129.
3. Комиссия Общественной палаты Российской Федерации по социальной и демографической политике общественный совет центрального федерального округа. Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления: // Москва, 2009.
4. Общественная палата РФ. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия: // Москва, 2009.
5. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р <Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

УДК 616.31-083-053.2:614.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖАЛОБ И ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Панченко Марина Леонидовна, Осыко Анна Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: к.м.н., доцент *Дьяченко Тамара Сергеевна*

Среди всех видов медицинской помощи особое место занимает стоматологическая помощь, потребность в которой находится на высоком уровне среди всех возрастных групп [2,4]. В последние десятилетия отмечается рост стоимости стоматологических услуг,

прогрессирование конкурентной борьбы между стоматологическими организациями, повышение правовой грамотности населения, что способствует увеличению количества жалоб на качество оказания стоматологической помощи [5]. В связи с этим, наряду с многочисленными критериями оценки, жалобы пациентов становятся ценным материалом для выявления причин нарушений качества стоматологической помощи [1,3]. Поэтому экспертиза жалоб и обращений граждан относится к важным и актуальным разделам организации стоматологической помощи населению.

Цель исследования: изучить результаты экспертизы жалоб и обращений граждан на качество оказания стоматологической помощи детям (на примере детской клинической стоматологической поликлиники).

Материал и методы. Исследование было проведено в ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2», в котором стоматологические услуги ежегодно получают около сорока тысяч детей (20% детского населения Волгограда). Были изучены жалобы и обращения граждан на качество оказания стоматологической помощи детям, которые в течение трех лет поступили в Комитет здравоохранения Волгоградской области, Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), суд, а также книгу жалоб и предложений учреждения (всего 11 жалоб). Проведена систематизация жалоб и определена их обоснованность.

Результаты исследования. Среди одиннадцати поступивших жалоб четыре (36,4%) были жалобами на несоблюдение персоналом поликлиники принципов этики и деонтологии, две (18,2%) – на работу регистратуры, пять (45,4%) – на качество лечения. Каждый случай жалоб и обращений граждан на качество оказания стоматологической помощи детям был рассмотрен на заседании врачебной комиссии (ВК), которая относится к экспертизе третьего уровня. Членами ВК была изучена первичная медицинская документация, объяснительные записки медицинского персонала, участвовавшего в оказании стоматологической помощи детям в каждом рассматриваемом случае, проведены беседы с авторами жалоб и обращений. При необходимости привлекали внешних экспертов для стоматологического обследования детей и оценки результатов проведенного стоматологического лечения. Для получения объективной информации о процессе оказания стоматологической помощи детям были изучены записи камер видеонаблюдения, установленных в коридорах и лечебных кабинетах медицинской организации. В результате тщательной экспертизы обоснованными были признаны только две (18,2%) жалобы. Одна из них (на задержку начала приема) характеризовала организационные проблемы оказания стоматологической помощи детям, вторая (на грубость персонала) относилась к этическим и деонтологическим проблемам. Ни одна жалоба на качество лечения детей не была обоснованной.

Таким образом, экспертиза третьего уровня показала, что большинство (81,8%) жалоб и обращений граждан по поводу качества оказания стоматологической помощи детям являлись необоснованными. Объясняется это тем, что родители переносят негативные впечатления коммуникативного характера на процесс оценки непосредственного стоматологического лечения детей. Полученные данные, с одной стороны, подтверждают высокий уровень качества специализированной стоматологической помощи детскому населению, с другой – обосновывают необходимость улучшения процесса организации стоматологической помощи и повышения квалификации персонала стоматологических организаций в области соблюдения принципов этики и деонтологии.

Список литературы

1. Вагнер В. Д., Булычева Е. А. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии. — Стоматология. — 2017. — № 1. — С. 23-24.
2. Маслак Е. Е. Стоматологическая помощь детям в южном федеральном округе России // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2017. — №1. — С. 77-83.
3. Организация контроля качества стоматологической помощи / А. А. Эрк, О. В. Сагина, А. Н. Суанов, Г. М. Бостанджян // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. — 2012. — №1. — С. 8-9.

4. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. / Э. М. Кузьмина, И. Н. Кузьмина, С. А. Васина, Т. А. Смирнова. — М.: МГМСУ, 2009. — 236 с.

5. An analysis of patient grievances in a dental school clinical environment / A. Sachdeo, S. Konfino, R.U. Icyda et al. // J Dent Educ. — 2012. — Vol.76, №10. — P. 1317-1322.

УДК 61.615.1

УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ АССОРТИМЕНТОМ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Покасова Яна Александровна

Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.ф.н., профессор *Л.М. Ганичева*

Введение: К одной из наиболее востребованных в клинической практике групп лекарственных препаратов относятся противоязвенные препараты. Ингибиторы протонного насоса — это лекарственные препараты, предназначенные для лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта за счёт снижения продукции соляной кислоты посредством блокирования в париетальных клетках слизистой оболочки желудка протонного насоса — H⁺/K⁺-АТФазы. Относятся к антисекреторным препаратам и востребованы в определенное время года - весна. Каждый из лекарственных средств этой группы обладает индивидуальными особенностями. Поэтому изучение информационного спроса и удовлетворенности посетителей аптеки ассортиментом противоязвенных препаратов является актуальным для формирования рационального ассортимента препаратов изучаемой группы в аптеке и обеспечения качества лекарственной помощи посетителям аптеки.

Цель: Провести оценку субъективного мнения посетителей аптечной организации относительно потребительских приоритетов предоставленной продукции по категории противоязвенные средства.

Материалы и методы: Проведён социологический опрос методом выборочного анонимного анкетирования посетителей аптеки «Вита» в районном поселке Городище Волгоградской области. В исследование включены данные 50 человек: 15-мужчин (30%) и 35-женщин (70%) из возрастной категории 21-30 лет 50%, 31-40 лет 40% и 41-50 лет 10%. Уровень доходов респондентов распределился следующим образом: низкий- 40%, средний-25%, высокий-10%. Полученные данные обрабатывались с применением специализированного пакета прикладных программ статистической обработки SPSS для Windows XP.

Полученные результаты В ходе опроса, было установлено: посещение данной аптеки у 44% опрошенных происходит реже 1 раза в месяц; при выборе аптеки 40% выбирают удобное месторасположение; при выборе лекарств вы в первую очередь ориентируются на стоимость 70%; самостоятельно покупают лекарственные средства 76%; 56% опрошенных сталкивались с проблемой заболеваний слизистой желудка (гастриты, язвы, воспаления) и все они используют препараты предназначенные для снижения кислотности среды желудка. Наиболее высоким индексом информационного спроса (Вышковского) из имеющихся в аптеке пользуются ЛП: Нольпаза и Эманера, наименьшее значение индекса имеет Омепразол. Данный ЛП известен на Российском рынке уже более 10 лет, по-видимому, основная масса потребителей о данном препарате знает и применяет его. Вместе с тем, предпочтения потребителей при покупке лекарственных препаратов исследуемой группы не вполне соответствуют информационному спросу.

Вывод: Полученные результаты свидетельствуют о заинтересованности и удовлетворенности потребителей в лекарственных препаратах противоязвенного действия.

Так же было выявлено, что покупатели предпочитают препараты, имеющие наименьшую стоимость, но не всегда принимают решения о покупке товара на основе степени известности.

Список литературы

1. Справочник Видаль Лекарственные препараты в России: Справочник. М.: Видаль Рус, 2017 г. 1240с.
2. Регистр лекарственных средств России ЛРС Энциклопедия лекарств.-25 вып. /Гл. ред. Г.Л. Вышковский. - М.: Веданта, 2016.- 1288с.
3. Филипенко Н. Ингибиторы протонной помпы, /Аптекарь 2015г., №7, стр. 56

УДК 368.041

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ КАК ФАКТОР УВЕЛИЧЕНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Саломаткина Ирина Вячеславна

Россия, Волгоградский филиал РЭУ им. Г.В. Плеханова
Научный руководитель: к.э.н. *Кравченко Елена Николаевна*

Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющее своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия [2].

Добровольное медицинское страхование отличается от обязательного, обеспеченного бюджетами и фондом ОМС, тем, что финансируется частным образом. Страхователями в данном случае могут быть как физические, так и юридические лица.

С точки зрения рынка, ДМС, прежде всего, оплачиваемая услуга на случай непредвиденных обстоятельств, как и практически любой другой страховой продукт. Ее основная особенность – несистематичный характер оказания. Однако можно отметить, что медицинский страховой случай имеет высокую частоту наступления по сравнению с другими. Это обусловлено как индивидуальными (генетическими и анамнезными) факторами, так и объективными, связанными с сезонностью, плохой экологической ситуацией, пандемией и т.д.

Страховые компании, выступающие страховщиками и гарантами по полису ДМС, тщательно отбирают лечебно-профилактические учреждения, посредством которых они смогут обеспечить качественную медицинскую помощь застрахованным ими лицами. Таким образом, ЛПУ должны обладать хорошими показателями по таким важнейшим критериям, как эффективность оказываемых услуг, техническое оснащение, квалификация трудовых ресурсов, соответствие стандартам медицинских технологий и т.д. Чем выше качество оказанных услуг, тем выше удовлетворенность пациента не только ЛПУ, но и страховой компанией. Следовательно, СК будут стараться сотрудничать и финансировать те ЛПУ, которые вызывают у населения доверие и удовлетворенность.

К сожалению, на данный момент основным фактором роста ДМС является неудовлетворенность населения от помощи по полису ОМС. Федеральное финансирование на медицинскую помощь населению сокращается [1]. Государство надеется частично финансировать медицину как раз с помощью ДМС. В целом, их надежда оправдывается. Однако данная ситуация ведет к регрессу не только количества медицинских учреждений, но и качества медицинских услуг. Не каждый гражданин в состоянии приобрести полис ДМС, однако каждый имеет право на получения квалифицированной помощи. Для того чтобы ЛПУ финансируемые государством могли конкурировать с частными ЛПУ или финансируемыми

страховой компанией по полису ДМС им приходится увеличивать проходимость, что снижает качество услуги. Получается замкнутый круг.

В настоящее время, дефицит финансирования медицины диктует потребность перейти к платно-бесплатной системе медицинского страхования. То есть, часть услуг будет также оказываться бесплатно, а часть финансироваться за личный счет (с учетом всех льгот). Во-первых, это повысит финансирование лечебно-профилактических учреждений. У них будет возможность совершенствоваться в плане технического оснащения. Во-вторых, возрастут заработные платы. В-третьих, пациенты, получающие лечение за свой счет, будут избирательнее относиться к медицинскому персоналу в прямом смысле «голосуя рублем». Таким образом, можно будет перейти как к персональным рейтингам медицинских сотрудников, так и к рейтингам медицинских учреждений. В связи с этим возрастет профессиональная конкуренция, которая практически всегда положительно влияет на рост уровня квалификации работника.

Можно сделать вывод, что добровольное медицинское страхование потенциально является одним из основных источников финансирования здравоохранения. Стоит отметить, что в условиях, когда за медицину нужно платить, человек более ответственно относится к собственному здоровью, так как это предполагает сокращение собственных расходов. Важным следствием развития ДМС может стать рост квалификации персонала, техническое совершенствование амбулаторий и стационаров, что приведет к повышению качества медицинской помощи. Чем выше уровень КМП, тем выше работоспособность и благосостояние население, а, в конечном счете, уровень жизни в целом.

Список литературы

1. Доклад Института современной России. О положении дел в системе здравоохранения России [Электронный ресурс], – <http://rusmedserver.com/?p=3362>.
2. Шарифьянова З.Ф. Добровольное медицинское страхование (ДМС) и обязательное медицинское страхование (ОМС): сравнительный анализ / З.Ф. Шарифьянова, Л.Ф. Минигазимова, Л.Р. Мухаметьянова // Инновационная наука – 2016. – №5. – С. 198-201.

УДК 614:338:61(075.8)

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИКИ

Токарева Юлия Михайловна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Эффективность в сфере оказания социальных услуг не может быть определена однозначно. В отличие от других отраслей народного хозяйства, результаты тех или иных мероприятий социальной сферы, ее служб и программ анализируются с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности, среди которых приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Существует взаимосвязь и взаимообусловленность между медицинской, социальной и экономической эффективностью. Без оценки результатов медицинской и социальной эффективности не может быть определена и экономическая эффективность. Оценка эффективности в социальной сфере является актуальным направлением современных исследований в области социологии медицины и управления социальной работой. Подходы к оценке эффективности были сформированы Решетниковым А.В., Астафьевым Л.М., Шейман И.М., Якобсон Л.И., Демидовой Л.С., Холостовой Е.И. Однако, отсутствуют методики расчета эффективности в конкретных отраслях социальной сфере, например, в сфере абилитации и реабилитации детей.

Для оценки эффективности работы ГУЗ «Волгоградский областной специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики №3», г. Волжский мы провели сравнительный анализ показателей работы учреждения по данным отчетов за 2008-2010гг.

Под понятием «эффективность» понимается степень достижения конкретных результатов. Медицинская эффективность - это степень достижения медицинского результата. В отношении одного конкретного воспитанника дома ребенка это улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. Выявляется медицинская эффективность путем сравнения показателей с данными отчетных периодов.

Заболеваемость детей в 2010 году в ГУЗ «Волгоградский областной специализированный дом ребенка № 3» по сравнению с 2009 годом снизилась как, в общем, так и среди детей до года. Снижение заболеваемости произошло за счет уменьшения показателей по болезням крови, расстройству питания, паразитарным заболеваниям, травматизму. В категории болезней нервной системы при снижении общего показателя заболеваемость среди детей первого года жизни практически не изменилась. В более старшем возрасте у части детей неврологический диагноз был снят в процессе проводимой реабилитации.

Социальная эффективность - это степень достижения социального результата. В отношении конкретного воспитанника дома ребенка - это формирование потенциала ребенка к активной жизни в обществе, определение в приемную семью или на усыновление и т.д. (Таблица 1). Социальная эффективность функционирования дома ребенка понимается как возможность удовлетворения потребности общества в формировании социально-адаптированной личности.

Таблица 1

Динамика численности, поступивших в дом ребенка, за год

	2008	2009	2010
Численность детей поступивших в течение года	57	60	66

За 2010г поступило 66 детей, за 3 года работы учреждения отмечается тенденция к увеличению количества поступивших детей. Потребность города и области в оформлении детей в дом ребенка полностью удовлетворена. 57 детей в 2010 переданы в семьи (Таблица 2).

Таблица 2

Распределение по социальным группам детей, выбывших из дома ребенка

№	Социальный статус	За 2008 год	За 2009 год	За 2010 год
1	Возвращены в родную семью	11	19	12
2	Переданы на усыновление:	11	16	17
3	Переданы под опеку	16	18	27
4	Переданы в приёмную семью	6	9	1
5	Итого	44	62	57
6	Переданы:	—	2	1
	• В детские дома	—	—	—
	• Учреждения соц. защиты	—	—	—
7	Всего выбыло:	44	66 (2 умерли)	59 (1 умер)

За год количество детей, переданных в семью на усыновление, в сравнении с 2009 г., увеличилось. Количество российских усыновлений преобладает над международными в 16 раз. Только 1 ребенок был передан в детский дом.

Экономическая эффективность в социальной сфере может определяться только в случаях наличия высоких показателей социальной и медицинской эффективности. Экономическая эффективность - это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым составляющим звеном в оценке функционирования социальной сферы. Экономическая эффективность в социальной сфере рассматривается в двух направлениях: во-первых, эффективность использования различных видов ресурсов, во-вторых, с точки зрения влияния социальных услуг на развитие общественного производства в целом.

Список литературы

1. Токарева Ю.М., Чижова В.М. Применение факторного анализа для оценки качества медицинской помощи//Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2009 - №3 - С.96-99.
2. А.Н.Коломенская Совершенствование системы профилактики инвалидности детей высокого неврологического риска в амбулаторных условиях (начиная с периода новорожденности) Москва,2010г., автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.
3. Гаврилова И.С .Социологический анализ управления в монопрофильном медицинском учреждении// В сборнике: Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека материалы 2-го Всероссийского научно-практического семинара (с международным участием). 2015. С. 40-42.
4. Токарев К.Е. Сравнительный анализ систем менеджмента качества и эффективности оказания медицинских услуг//Философия социальных коммуникаций. 2011. № 3. С. 120-127.

УДК 614:338:61(075.8)

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Токарева Юлия Михайловна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Особенность социальной сферы заключается в том, что нередко мероприятия профилактического, педагогического характера могут быть экономически затратные, однако медицинские и социальные задачи требуют их проведения, что дает отдаленный/косвенный экономический эффект.

Прямая экономическая выгода в социальной сфере не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики, реабилитации, организационных форм оказания социальной помощи. Однако критерии экономической эффективности - наряду с медицинской и социальной эффективностью - могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов.

Косвенный экономический эффект является следствием медицинского и социального эффекта, то есть это результат улучшения социальных технологий, что в конечном счете ведет к уменьшению затрат за счет экономии средств и к снижению экономического ущерба в связи с утратой трудоспособности и смертностью.

Таким образом, в сфере социальных услуг косвенный экономический эффект является показателем рентабельности затрат на финансирование учреждений социальной помощи. Расчет косвенного экономического эффекта демонстрирует:

- рентабельность затраченных ресурсов путем сравнения с выгодой от восстановления трудоспособности, оформления опеки, усыновления и т.д.;
- экономическую целесообразность применяемых технологий, с точки зрения их окупаемости;
- социальную и медицинскую эффективность применяемых технологий.

Расчет косвенного экономического эффекта функционирования дома ребенка может быть осуществлен с учетом следующих показателей:

- размер пособия за год в расчете на все случаи установления опеки;
- размер финансирования койкодней за год;
- количество случаев усыновления в год;
- количество случаев установления опеки в год.

Приведенные показатели демонстрируют затраты на финансирование дома ребенка и экономический эффект, достижение которого возможно в случае эффективности деятельности по организации усыновления и опеки, что возможно при высоких показателях медицинской и социальной эффективности деятельности.

Рассчитаем косвенный экономический эффект функционирования дома ребенка за год. В 2010 году в доме ребенка №3 оказана медико-психолого-педагогическая помощь 107 детям. Дети дома ребенка за год в стационарах проведено 17000 койкодней. Переданы на усыновление 17 детей, под опеку 27 детей.

Косвенный экономический эффект функционирования дома ребенка мы предлагаем рассчитывать, на основании принципов, изложенных А.М. Павловой, как соотношение эффекта от случаев установления усыновления и опеки к ущербу, связанного с финансированием (17000 койкодней и размера пособия при установлении опеки).

$$K_{кэ} = \frac{(N_y * 365 * C_{кд}) + (N_o * 365 * C_{кд})}{(17000 * C_{кд}) + 27 * P_o}, \text{ где}$$

N_y – количество случаев усыновления; N_o - количество случаев установления опеки;

$C_{кд}$ - стоимость койкодня; P_o - пособие по опеке за год.

$$K_{кэ} = \frac{(17 * 365 * 1447) + (27 * 365 * 1447)}{(17000 * 1447) + (4420 * 12 * 27)}$$

$$K_{кэ} = \frac{23238820}{26031080}$$

$$K_{кэ} = 0,9$$

Коэффициент косвенного экономического эффекта демонстрирует, что эффективность деятельности по установлению опеки и усыновления в 0,9 раз превышает затраты на обеспечение койкодней за год. Согласно Ю.П. Анискину высокий уровень эффективности – от 1, средний уровень – от 0,5. В нашем случае уровень эффективности приближается к высокому значению.

В некоторых случаях экономический эффект может быть отсрочен во времени. Способы расчетов отдаленного эффекта показаны в работах А.М. Павловой. К таким ситуациям относятся случаи выхода на другой уровень здоровья при высоком риске инвалидизации по поражению центральной нервной системы В учреждении на протяжении ряда лет комплексное восстановительное лечение воспитанников проводится с применением технологии «Индивидуальная коррекция, абилитация и реабилитация с использованием кондуктивных методов (ИКАР)», разработанная А.Н. Коломенской. Применение технологии «ИКАР» позволяет снижать инвалидность по неврологическому профилю и повышать качество жизни воспитанников (Таблица 1).

Таблица 1

Количество случаев выхода детей на другой уровень здоровья при высоком риске инвалидизации

	2009	2010
Число случаев в течение года	4	6

Отдаленный экономический эффект восстановления здоровья формируется за счет средств не растроченных на финансирование пособия по инвалидности:

$OЭ = Kс * 12 * Пи$, где

OЭ –показатель отдаленного экономического эффекта; Kс – количество случаев восстановления здоровья в отчетном году; Пи – размер пособия по инвалидности для детей-инвалидов.

$OЭ1 = 4 * 12 * 1808,8 = 86822,4$

$OЭ2 = 6 * 12 * 1808,8 = 130233,6$

OЭ1 – показатель отдаленного экономического эффекта по результатам работы за 2009.

OЭ2 – показатель отдаленного экономического эффекта по результатам работы за 2010.

Показатель демонстрирует отдаленный экономический эффект выхода детей на другой уровень здоровья при высоком риске инвалидизации в расчете на год. В результате применения реабилитационных мероприятий в 2009 году, только за последующий год экономия бюджетных средств не потраченных на пособие по инвалидности составит 86822,4 руб., а с учетом ожидаемой продолжительности жизни показатель отдаленного экономического эффекта будет увеличен в десятки раз.

В 2010 году здоровье было восстановлено в шести случаях, что обеспечивает формирование отдаленного экономического эффекта за последующий год в размере 130233,6 руб. Важно отметить, что количество случаев восстановления здоровья увеличилось за год на 50%, что обнаруживает динамику эффективности применяемых технологий.

Особенностью социальной сферы является то, что ресурсы, затраченные на оказание социальной помощи, могут быть меньше объема ресурсов, сэкономленных благодаря этой помощи. Трудовые, финансовые материальные, временные и информационные ресурсы необходимые для реализации медико-психолого-социальной реабилитации детей полностью покрываются при последующем устройстве их в семье, что подтверждает экономическую выгоду функционирования дома ребенка. В данном случае экономический эффект, формируемый за счет случаев установления опеки и усыновления, превышает размеры затрат на финансирование, что доказано результатами расчета косвенного экономического эффекта. Высокая степень экономической эффективности может быть обеспечена при формировании отдаленного экономического эффекта. Выход на другой уровень здоровья при высоком риске инвалидизации по поражению центральной нервной системы детей в результате применения медицинских, психологических и социальных технологий обеспечивает экономию средств на финансирование фонда пособий по инвалидности. Показатели косвенного и отдаленного экономического эффекта подтверждают наличие высокой медицинской, социальной и экономической эффективности функционирования ГУЗ «Волгоградский областной специализированный дом ребенка № 3».

Список литературы

1. Токарева Ю.М., Чижова В.М. Применение факторного анализа для оценки качества медицинской помощи//Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2009 - №3 - С.96-99.
2. А.Н.Коломенская Совершенствование системы профилактики и инвалидности детей высокого неврологического риска в амбулаторных условиях (начиная с периода новорожденности) Москва, 2010г., автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.
3. Гаврилова И.С .Социологический анализ управления в монопрофильном медицинском учреждении// В сборнике: Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека материалы 2-го Всероссийского научно-практического семинара (с международным участием). 2015. С. 40-42.

4. Токарев К.Е. Сравнительный анализ систем менеджмента качества и эффективности оказания медицинских услуг//Философия социальных коммуникаций. 2011. № 3. С. 120-127.

УДК 33:614.2

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ИНВЕСТИЦИИ В ЛЮДЕЙ: ОПЫТ КОМПАНИЙ

Фионов Максим Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель *Легенькова Надежда Михайловна*

По статистике, около 80 % работников страдают так называемым синдромом эмоционального выгорания, который может сопровождаться такими серьезными последствиями, как нервные расстройства, заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата. Самыми уязвимыми в этом плане являются врачи, учителя, психологи, социальные работники, спасатели, работники правоохранительных органов. Среди врачей в самом сложном положении находятся психиатры, так как в 10 % случаях их состояние доходит до синдромов, ведущих к психосоматическим и психовегетативным нарушениям, иногда определяется выраженное эмоциональное истощение [4]. В уязвимом положении находятся и простые рабочие, и топ-менеджеры крупных корпораций, от которых зависит не только успех каждого конкретного бизнеса, но и темпы экономического роста в стране. Что необходимо изменить в системе медицинского страхования, чтобы сделать российское здравоохранение конкурентоспособным? Как в некоторых крупных компаниях решают эти вопросы? Попытаемся разобраться.

Современная система здравоохранения – это и новые технологии, и новые лекарства, всё это требует и новых денег, и вопросы экономической устойчивости стоят перед всеми [1]. И “ObamaCare”, и различные европейские реформы в сфере здравоохранения связаны с тем, что у населения по-разному складываются потребности в медицинской помощи. Возможность предоставления всем одинакового по своему качеству и объёму медицинского обслуживания заставляет нас задуматься, а может ли система медицинского страхования оставаться в неизменном виде в настолько сильно изменяющемся мире? Решения каждая страна находит свои, и России, с её крайне низким уровнем финансирования системы здравоохранения, многие решения даются, и будут даваться намного сложнее, чем странам, у которых финансирование выше [2].

В России до сих пор существует одна единая модель обязательного медицинского страхования, которая ещё в 1993 году сохранила гарантии бесплатной помощи, пытаясь защитить нас в условиях нестабильности во всех сферах нашей жизни в то время. Тогда мы сохранили бесплатную медицинскую помощь, несмотря на то, что сейчас многие эксперты в сфере медицинского страхования говорят о неправильности этого решения, может быть целесообразнее было сразу перевести всё на платную модель с тем, чтобы потом выстраивать некую конструкцию, когда всё, всем и задаром никто не обещает. Но в России система обязательного медицинского страхования сейчас имеет именно такую конструкцию. У нас застраховано всё, что движется на территории РФ. Но реально в систему здравоохранения платит работодатель.

В этой системе по списку МКБ-10 (международная классификация болезней) практически всё нам обещается бесплатно. У нас свободный список участников этой системы. Например, частные клиники, могут свободно входить в эту систему и выходить из неё, и никого не волнует, что при этом будет происходить с государственными структурами. Частная клиника год поработала, обанкротила государственную поликлинику, ушла из

системы – система коллапсирует. При всём этом у нас существует свободный выбор медицинских учреждений. То есть мы видим невероятно разбалансированную систему ОМС в «формате всё всем задаром», в то же время ничего, систему, абсолютно не настроенную на то, чтобы ловить заболевания в самом начале их развития, систему, которая не фокусируется на тех группах населения, которые дают дополнительный всплеск заболеваемости. При этом мы видим очень слабое управление этой системой, итогом которой становится внутренняя неэффективность всего здравоохранения [3].

Многие крупные компании, такие как «Шлюмберже», «Шелл», «СУЭК», «Северсталь» и другие, пытаются создать некий баланс между двумя системами: ОМС и ДМС. Создаются некие промежуточные форматы, потому что большинство серьёзных заболеваний, таких как рак, ВИЧ-инфекция, мультирезистентные штаммы туберкулёза поражают все слои населения, будь то топ-менеджер или простой рабочий. Угроза для всех одинакова. ОМС это не покрывает в принципе, точнее покрывает только на бумаге, но не по факту, в том виде, в котором должно быть. А ДМС не покрывает эти расходы, так как традиционно из ДМС все самые серьёзные патологии исключены. В ДМС традиционно включены различные профилактические мероприятия, физиопроцедуры, лечение острых состояний. Например, компания «Шлюмберже» практикует так называемое страхование критических заболеваний, это то, чего нет в ОМС, и, другими словами, это является полноценным страхованием жизни.

Много лет в России лечат мифические, несуществующие заболевания, отсутствующие в МКБ-10, такие как дисбактериоз, остеохондроз, ВСД и другие, про которые мало кто понимает. Основной груз ложится на вышеперечисленные патологии, которых по сути нет. Наши врачи это лечат, диагностируют, поэтому их очень сложно вывести из ДМС, так как по системе ОМС эти диагнозы ставят. Конечно, эти вещи существуют, но они неправильно диагностируются, это совершенно другие заболевания из других нозологий. В Европе нас не поймут, если мы придём с выпиской, где будет написано «дисбактериоз» или «остеохондроз». Синдром избыточного бактериального роста есть, с конкретной симптоматикой и методами лечения и диагностики. А у нас всё ссылают на эти абстрактные патологические состояния. Поэтому необходимо найти баланс между практической медициной и доказательной медициной.

Помимо программ ДМС, различных профилактических проектов, включающих строительство спортивных объектов, популяризацию спорта среди сотрудников, корпоративных фитнес-клубов, в последнее время многие крупнейшие российские и зарубежные компании стали практиковать так называемую дотационную медицину. Дотационная медицина – это договор между крупными компаниями и медицинскими центрами, при котором компания покупает в центр дорогостоящее оборудование, строит лаборатории при тех или иных центрах и т.д. Конечно, здесь необходимо отметить, что это могут позволить себе только самые крупные участники бизнеса. Многие моногорода практикуют подобную систему, не используя ни ОМС, ни ДМС. Действительно, каждый вложенный рубль в подобные проекты даёт десятки рублей отдачи.

В заключение, хотелось бы отметить, что система ОМС абсолютно не направлена на превентивную медицину. Мы лечим заболевания, когда зачастую уже даже нечем помочь. Ежедневно, в Москве регистрируют до 150 случаев инсульта у населения. Каждые полторы минуты у россиян развивается эта патология, 2/3 становятся тяжелейшими инвалидами, 75 % требуют длительной реабилитации. Чтобы этого не происходило, необходимо вводить как можно больше превентивных методов в систему ОМС, другими словами, необходимо переориентироваться с лечения заболеваний, на их профилактику и предупреждение. Так же у нас отсутствует реабилитационное звено в системе здравоохранения, в то время как в странах Европы, в Америке и в Израиле это звено является зачастую самым основным. Система ДМС идёт в сторону профилактической направленности, в то же время страховой случай при этом никто не отменял. Включение профилактических осмотров, диспансеризации, стационарных или клинических check up-ов, вакцинации, дней здоровья –

неотъемлемая часть предупреждения тех или иных серьёзных заболеваний. Работодатели вынуждены выстраивать параллельную систему здравоохранения, вместо того, чтобы выстроить её рядом с основной, государственной. Россия пока далека от понимания важности развития программ здоровья для экономики и от понимания прибыльности этих проектов. Необходимо, наконец, понять, что вложения в здравоохранение – это не расходы, а инвестиции.

Список литературы

1. Основы экономики для студентов медицинских учебных заведений: учебное пособие // под ред. Б. А. Войцеховича. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2010. – С. 168-171.
2. Попович Л.Д., Гудков А.А., Шишкин С.В. Зарубежный опыт сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования // Главный врач. №1, – 2003. – С. 44-48.
3. Потапчик Е. Г., Попович Л. Д. Анализ мирового опыта отбора проектов, реализуемых посредством государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения // Здравоохранение. – 2015. – № 9. С. 63-72.
4. Сидоров П. И. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. – 08.07.2005. – №43.

УДК 65.012.7

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕВЕРНОЙ ОСЕТИИ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ (1917-1924гг.)

Хугаев Сослан Александрович

Россия, г.Владикавказ, Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Научный руководитель: профессор, д.м.н. *Аликова Зара Рамазановна*

Введение: На Тереке создалось двоевластие в лице «Областного гражданского комитета » и Совета рабочих и солдатских депутатов, в котором преобладающее большинство принадлежало меньшевикам и эсерам. В 1918 г. Состоялся 1 съезд народов Терека, который избрал терский народный Совет и Совет народных комиссаров в составе 14 человек. Была провозглашена Терская республика с центром в г. Владикавказе. С 1917 по 1920 гг. Владикавказ стал ареной жестокой гражданской войны на северном Кавказе. Верхи казачества, горские феодалы, буржуазия принимали все меры к тому ,чтобы помешать установлению здесь Советской власти.

Цель исследования: Изучить формирование системы здравоохранения в северной Осетии в первые годы Советской власти.

Материалы и методы: Одним из активных участников борьбы за Советскую власть в северной Осетии являлся врач Дзандар Елбаев, впоследствии – один из руководящих деятелей здравоохранения республики. Ассигнования белогвардейского правительства Осетии на здравоохранение были ничтожными. Доведенное до отчаяния население Осетии обратилось к правительству с прошением о назначении на места врачей и фельдшеров. Вскоре поступил ответ, что за отсутствием средств, врачи и фельдшеры назначаются постепенно, по мере возможности. Власть в Осетии перешла к революционному комитету и уже на первом заседании Президиума Ревкома Владикавказского округа, было принято решение организовать в срочном порядке, наряду с другими, медико-санитарный отдел, первым заведующим которого стал осетин К. С. Гарданов – врач революционер, грамотный организатор здравоохранения. Прежде всего надо было собрать и сохранить весь медицинский персонал, мобилизовать его для обслуживания трудящихся. В 1920 г. Был создан первый съезд врачей Осетии. Совместно с медико-санитарным отделом, съездом была разработана врачебно – участковая часть. В основу проекта были положены основные

принципы советской медицины. Так же в г. Владикавказе развернули работу 6 амбулаторий. Одна из них организованная специально для приема больных, хирургическими и венерическими болезнями.

Результаты исследования: Всего в городе к 1920 г. Было 300 больничных коек, 8 санитарных врачей, занялись вопросами санитарного благополучия города. По приказу терского Обревкома было введено бесплатное медицинское обслуживание населения, как в амбулаториях, так и стационарно. Поднимался вопрос о создании курорта Тменикау-Кармадон, но это начинание не было доведено до конца из-за начавшейся гражданской войны. Владикавказский Ревком оказывал помощь в работе медико-санитарному отделу. Врачи участков, где имелись районные Ревкомы, были назначены одновременно заведующими Управотделов, с целью проведения в жизнь Постановлений Окружного Здравотдела. Была создана фельдшерско-акушерская школа, основной задачей которой была подготовка специалистов из лиц коренной национальности. В 1918 г. на всю Терскую область, в составе которой находилась и Северная Осетия с населением в 1500000 человек, имелось лишь 6 врачей. В связи с этим Совнарком в 1918 г. Возбудил ходатайство об открытии во Владикавказе медицинского факультета, но тогда вопрос был не решен. В 1921 г. Декретом Горского ЦИК Советом был организован Совет Народных Комиссаров ГАССР. Тогда же был организован и Наркомздрав Горской АССР, который созвал во Владикавказе первый съезд работников Здравотделов Горской республики.

Вывод: Таким образом, в первые годы Советской власти в Северной Осетии-Горской АССР, под руководством Наркомздрав РСФСР были впервые созданы органы здравоохранения, в том числе Наркомздрав ГАССР, сеть здравоохранения в городе и на селе, участковые и районные больницы. Начали проводиться в жизнь принципы советского здравоохранения.

Список литературы

1. Аликова З.Р., Гурциев О.Н., Салбиев К.Д. Очерки истории здравоохранения Северной Осетии. – Владикавказ, 1994.

УДК 378.661:301:614.2

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СОВРЕМЕННЫМ ПРИНЦИПАМ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА КАК ПРЕДИКТОР УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

Цапков Александр Николаевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент *Дьяченко Тамара Сергеевна*

Качество оказания медицинских услуг, финансирование здравоохранения, повседневная работа медицинских работников, а также принципы и способы организации этой работы взаимосвязаны. Без должной теоретической проработки принципов, методов, инструментов организации труда невозможно достичь положительных результатов. Идея организации труда не нова, многочисленные способы ее реализации предложены ещё в конце XIX в. – начале XX в. такими теоретиками, как Ф. Тейлор, Ф. Гилбер, Г. Грант в Америке; А.А. Богданов, Л.А. Левенстерн, О.А. Ерманский, А.К. Гастев в Советском Союзе; Сигео Синго, Тайити Оно (основатель производственной системы компании Toyota) в Японии. Концепция бережливого производства (Lean) возникла как интерпретация идей Тайити Оно американскими исследователями и получила широкое мировое признание [1]. В России эта концепция стала применяться с 2000-х годов. В настоящее время идея бережливого производства распространилась и на здравоохранение. Студенты медицинских образовательных организаций, как кадровый потенциал для практического здравоохранения,

представляют большую ценность. Успешность проводимых реформ будет зависеть от того, насколько хорошо они смогут воспринять, осознать и быть мотивированными к работе по новым принципам организации труда.

Основная задача исследования: определить отношение обучающихся к современным принципам организации труда. Получены результаты анкетирования студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов. Объем выборки составил 120 анкет (пилотное исследование). Респонденты отвечали на 20 преимущественно полузакрытых вопросов, среди которых преобладали субъективные и прямые. Ряд вопросов предполагал несколько вариантов ответов, что позволило сформулировать рейтинговое заключение о приоритетах студентов. Удельный вес работавших ранее и работающих в настоящее время, т.е. студентов, имеющих представление о реальной ситуации в здравоохранении, составил 14,1%. Социально-гигиенический портрет опрошенных студентов показал, что среди респондентов преобладают лица в возрасте до 25 лет (87,5%), в основном девушки (72,5%).

Необходимость принятия решений в условиях дефицита времени – это одна из реалий современности, особенно в медицине. Больше половины респондентов (62,5%) отметили, что они не любят подобные ситуации. Среди работающих студентов 40% считают, что им все равно, и 60% отрицательно отнеслись к такой необходимости.

Подавляющему большинству респондентов (83,3%) приносит удовлетворение осознание выполненной ими работы. Интересна приоритетность выбора альтернатив при ответе на вопрос: «Как следует поступить работнику с результатом успешно выполненной им работы?». Наиболее популярным ответом среди всех опрошенных стала альтернатива «никому не сообщать» (24,2%), затем – «только друзьям» (20,3%), затруднились с ответом 14,1%, «сообщить только коллегам» предпочли 11,7%, по 10,2% получили ответы «другое» и «сообщить всем окружающим», 9,4% респондентов предпочитают «сообщить иному кругу лиц». Отметим также отсутствие сочетаний ответов «только друзьям» и «только коллегам». Можно предположить, что в среде опрошенных есть достаточно четкое разделение на друзей и коллег, не выражена установка на дружественные контакты с коллегами.

Подавляющее большинство респондентов (94,2%) считают, что при наличии атмосферы взаимного уважения и поддержки в трудовом коллективе работает лучше. Наиболее популярный ответ на вопрос о стимулах, необходимых для создания и поддержания рабочей атмосферы в коллективе – «собственное желание», которое выбрали больше трети опрошенных. Вторыми по популярности стали «одобрение коллектива» и «материальная заинтересованность». Причем одобрение коллектива для респондентов, работавших ранее, более значимо, чем для неработающих (30% и 22,3% соответственно). Материальная заинтересованность оказалась наиболее существенной для работающих студентов (26,3%). Больше половины респондентов (58,7%) считают, что для улучшения работы необходимо сочетание таких факторов, как увеличение оплаты труда, совершенствование технического оснащения, формирование культуры организации труда. Наиболее важной причиной для постоянного повышения результативности и эффективности 32,4% респондентов указали личный интерес. Далее шли «материальная заинтересованность» (23,9%) и «признание со стороны пациентов» (21,8%). Наличие опыта работы на приоритетность в выборе ответа не повлияло.

При возникновении затруднений в какой-либо деятельности 66,7% опрошенных предпочитают выяснить причины неудач, 32,5% респондентов в таких случаях сделают перерыв и затем продолжат, 0,8% выбрали альтернативу «другое». На вопрос о важности рабочего места получено примерно равное соотношение ответов «работник должен приспособиться к рабочему месту» и «рабочее место необходимо подстраивать под конкретного работника» (31,7% и 35,8% соответственно). Мнение о том, что «рабочее место должно соответствовать среднестатистическому работнику», поддержали 20% участников опроса, затруднились с ответом 9,2%, другой ответ выбрали 3,3%. Примечательно то, что среди работающих студентов преобладает ответ «рабочее место необходимо подстраивать под конкретного работника» (50%), далее следует «рабочее место должно соответствовать

среднестатистическому работнику» (20%), на другие ответы приходится по 10%. Удовлетворение от работы является непременным условием для 85,8% респондентов.

Учитывая высокий уровень ответственности в практической работе медицинского работника, понимание её сути является обязательным условием. С утверждением «Чтобы работать - не обязательно понимать, что надо делать» не согласились 79,2% респондентов, сомневаются 14,2%, согласны 5% и по 0,8% выбрали альтернативы «затрудняюсь ответить» и «другое». В данном случае пятая часть опрошенных (20,8%) либо сомневаются, либо считают не обязательным понимание основ, сути работы. Это слишком много для студентов-медиков, что может служить основанием для беспокойства, но в то же время дает понять, в чем возможна коррекция и где можно изменить ситуацию. Утверждение «Самодисциплина - одна из основ профессионализма» находит одобрение у подавляющего большинства участников опроса (95,8%).

Вызывает интерес мнение респондентов по вопросу «Можно ли считать медицину сферой производства услуг населению?». Более половины (55%) ответили отрицательно, 30% считают медицину сферой услуг, затруднились с ответом 13,3%, другой ответ выбрали 1,7%. Примечательно, что наибольшей полярностью отличается мнение ранее работавших, поскольку среди них 42,9% высказались против отождествления медицины и сферы услуг, 42,9% высказались в поддержку этого тезиса, 14,3% затруднились ответить.

Студенты 4 курса медицинского вуза недостаточно представляют себе особенности будущей профессиональной деятельности и организации труда. Знакомство представителей всех, в том числе медицинских специальностей с концепцией бережливого производства позволит оптимизировать организацию труда учреждений здравоохранения в современных условиях.

Список литературы

1. Оно Т., Болтрукевич В.Е. Производственная система Тойоты. Уходя от массового производства / Под ред. к.э.н. В.Е. Болтрукевича. – М.:, Институт комплексных стратегических исследований, 2012. – 208 с.

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ОТ ЕЕ ЦЕНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ

*Широкова Валентина Михайловна, Лиджиева Алина Хонгоровна, Накостхоева Мадина
Беслановна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель *Шестакова Ирина Валерьевна*

Мы живем в двадцать первом веке. Сегодня каждый человек пользуется зубной пастой регулярно. Средняя продолжительность жизни человека – семьдесят девять лет, а значит, в среднем, человек прибегает к чистке зубов каждый день на протяжении семидесяти шести лет. В связи с такой огромной потребностью, рынок зубной пасты значительно увеличился и сейчас там можно наблюдать огромный ассортимент зубных паст, которые служат для разных, не только практических, но и лечебных целей. Цена тюбика чаще всего варьируется от самого минимального до максимально значимого. Многие не жалеют денег на пасту и приобретают самую дорогую и, по их мнению, качественную, другие же даже не задумываются и приобретают самую обыкновенную. Но насколько польза пасты зависит от ее цены на нынешнем рынке? Этот вопрос мы и постараемся раскрыть в данной работе, проведя практический эксперимент и ряд социальных опросов.

В древности люди также, как и на сегодняшний день старались заботиться о своем здоровье. А так как потребление пищи является одним из главных условий

жизнедеятельности, то именно здоровье полости рта и зубов стоит на приоритетном месте. Человечество искало и изобретало различные средства и способы поддержания их гигиены.

Первые средства имели в своем составе различные вещества, которые наносили вред эмали зубов, такие как: дробленый кирпич, фарфор, глиняные осколки. В качестве ароматизирующего и антисептического компонента добавлялась мята. В 1850 Джоном Харрисоном был изобретен зубной порошок, состоящий в основном из мела. Компания «Colgate» первой представила именно разжиженный зубной порошок в 1873 году. Но лишь в 1986 году, когда мистер Колгейт начал производить пасту в своих собственных тюбиках, она получила признание во всем мире. С этого момента зубная паста стала повседневной частью жизни каждого человека, так как она стала обладать более высокой гигиеничностью, практичностью и выполнять свои неизменные профилактические свойства.

На сегодняшний день существует множество паст, нацеленных на различные косметические и лечебные средства. Поэтому составы их отличны, но основные компоненты всех паст едины. Мы привели самый усредненный химический состав:

-Связующие вещ-ва (гидроколлоиды, альгинат натрия, крахмал, густые соки, пектин и т.д., и т.п.)

-Разбавители (глицерин, полиэтиленгликоль) - они придают смеси эластичность и вязкость.

-Детергенты - (лаурилсульфат натрия, лаурилсарказинат натрия, раньше использовалось мыло) от этого компонента зависит пенистость.

-Абразивные вещества. В двадцатых годах двадцать первого века начались поиски заменителя мела. В результате поиска было обнаружено альтернативное вещество - диоксид кремния. Он совместим с соединениями фтора и другими активными компонентами.

-Различные добавки (экстракты растений, соли, отдушки и т.п.)

На основе данной работы мы провели социальные опросы, которые были нацелены на выявление приоритетных марок паст у потребителей на сегодняшнем рынке. Они были проведены двумя способами анкетирования: посредством интернет-площадки и раздаточного опроса. Также они проводились среди различных слоев населения, возрастных групп, пола и так далее.

Первое анкетирование было проведено в социальных сетях. Мы выделили несколько самых часто встречаемых на полках магазинов марок зубных паст и представили их в данном опросе. Людям, проходящем его, предлагалось выбрать какой пастой они пользуются на сегодняшний день, чтобы мы смогли в дальнейшем проанализировать, влияет ли цена пасты на ее спрос у населения. Всего было опрошено семьдесят восемь человек. Соотношение процента людей, которые проголосовали за ту или иную марку мы привели в таблице ниже.

Название торговой марки	Кол-во людей исп-х эту пасту	Кол-во людей, исп-х эту пасту в процентах	Средняя цена в рублях
1.PresiDent	1	1,3	150
2.Paradontax	1	1,3	140
3.Новый жемчуг	1	1,3	40
4.Lacalut	3	3,8	130
5.Blend-a-med	3	3,8	80
6.Лесной Бальзам	5	6,4	60
7.R.O.C.S.	9	11,5	200
8.Splat	23	29,5	150
9.Colgate	32	41	100

Во втором опросе, проведенном среди обычного населения, мы не давали выборку определенных паст, а путем сортировки внесли в таблицу лишь самые часто встречаемые ответы. И у нас получились следующие результаты:

Название торговой марки	Кол-во людей исп-их эту пасту	Кол-во людей исп-их эту пасту в процентах	Средняя цена в рублях
1.Новый жемчуг	4	12	40
5.Blend-a-med	8	23	80
6.Лесной Бальзам	4	12	60
7.R.O.C.S.	2	6	200
9.Colgate	16	47	100

Выявив марки паст, которым потребитель отдает наибольшее предпочтение, ими оказались: Colgate, Splat, Blend-a-med, R.O.C.S, Новый жемчуг, мы приступили к экспериментальной части. Она должна показать насколько верно соответствие качества и цены пасты на современном рынке.

Выяснение того, насколько зубная паста, под действием неблагоприятной для зубов среды, помогает предотвратить вымывание кальция- являлось основной целью нашего эксперимента. В качестве фактора неблагоприятной среды была выбрана уксусная кислота. В качестве объекта, подвергнувшегося влиянию-путамен куриного яйца. Мы выбрали куриное яйцо именно потому, что химический состав его путамена очень схож с составом зубов. Он на девяносто процентов состоит из карбоната кальция. Поэтому будет очень легко пронаблюдать за протекающей в кислой среде реакцией и оценить степень защиты эмали благодаря использованию паст. Ведь кальций является одним из самых важных составляющих зуба.

Для эксперимента были использованы следующие материалы: шесть куриных яиц, раствор уксусной кислоты 9%, шесть пластиковых емкостей, пять тюбиков паст, которые были выявлены в ходе социального опроса (Colgate, Splat, Blend-a-med, R.O.C.S, Новый жемчуг), перманентный маркер

Итак, на подготовительном этапе мы взяли шесть куриных яиц, пару раз промыли и обезжирили их поверхность. Затем, пять яиц из шести мы визуально разделили поперечной линией. После подготовки объектов, мы приступили непосредственно к самому эксперименту. Поочередности, каждой из подготовленных нами зубных паст, была обработана половина поверхности яйца. Яйцо номер шесть мы оставили полностью нетронутым. Далее эти яйца погрузили в пластмассовые емкости и залили раствором уксусной кислоты. Колбы мы пронумеровали в соответствии с номером используемой пасты: 1.Colgate, 2.Splat, 3.Blend-a-med, 4.R.O.C.S, 5.Новый жемчуг, 6.Без использования пасты. В течении двадцати часов мы наблюдали за протеканием реакций. После истечения установленного времени мы извлекли яйца металлическими щипцами и аккуратно слили уксусный раствор.

Во время эксперимента было замечено, что куриные яйца, обработанные разными видами зубных паст, вели себя по-разному по отношению к уксусной кислоте: 1.На скорлупе яйца, обработанного зубной пастой "SPLAT", мы наблюдали мелкие пузырьки, которые стали быстро выделяться. После изъятия его из раствора было установлено незначительное повреждение верхнего слоя путамена. 2. На скорлупе яйца, обработанного зубной пастой «R.O.C.S.», сразу появились крупные пузырьки, которые выделялись до конца эксперимента. После изъятия, повреждение верхнего слоя скорлупы незначительно, скорлупа разрушается при усилии. 3. На скорлупе яйца, обработанного пастой «Новый жемчуг», появился небольшой рельефный рисунок. После изъятия, Скорлупа разрушается без значительных усилий. 4. Скорлупа яйца, обработанного пастой «Blend-a-med», сохранилась лучше, чем у яйца, обработанного пастой «Новый жемчуг», на ней не было полупрозрачных пятен, она стала блестящей и гладкой. Однако после изъятия, путамен разрушается также без значительных усилий. 5.При нахождении в растворе яйцо, обработанное зубной пастой "Colgate", покрылось множеством пузырьков. В отличие от обработанных другими пастами яиц, на поверхности которых пузырьки наблюдались, но не в

таком количестве. Путамен после изъятия самый тонкий, разрушается без усилий.б. Яйцо необработанное пастой. Путамен растворился.

На сегодняшний день люди все же отдают предпочтение качественному товару. Несмотря на то, что большинство людей все же не задумывается при выборе пасты каких именно целей он хочет достигнуть, многие относятся к этому выбору достаточно осознанно. Итак, по проведенному эксперименту можно смело сказать, что: во-первых, все же необходимо использовать зубную пасту, так как она помогает предотвратить вымывание кальция и сохраняет зубную эмаль, это четко видно исходя из сравнения объекта в шестой колбе с остальными образцами, во-вторых, все же качество пасты и ее защитные свойства непосредственно связаны с ее ценовой категорией, по крайней мере у выбранных нами в ходе социального опроса марок. Поэтому выбор товара должен все же исходить не столько из цели сэкономить, сколько из здравого соображения. Ведь зубная паста является важным профилактическим средством, предотвращающим заболевания ротовой полости, а в некоторых случаях еще и лекарственным средством.

Список литературы

1. Марен фон Плуца. Зубы вечно здоровые и красивые. – М., 1997.
2. Киктев, С.В. Человек и его здоровье – Изд. РОСМЭН, 2011.
3. Радюнец, И., Рёнер, Т. Зубная книга - Изд. МИФ, 1999.
4. <http://история-вещей.рф/byitovaya-himiya/istoriya-zubnoy-pastyi.html>
5. <http://дентал-косметик.рф/info/components/>

УДК 368.9.06:005.6

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Якушкина Алина Андреевна

Россия, Волгоградский государственный аграрный университет
Научный руководитель: к.э.н. *Корабельников Иван Сергеевич*

В системе здравоохранения, особое место отводится контролю качества оказываемых услуг в сфере медицинского обслуживания. Суть обязательного медицинского страхования предполагает, что абсолютно любой человек, имеющий гражданство Российской Федерации, имеет право на бесплатную медицинскую помощь в рамках программы «Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период до 2019 года» [1, 2].

В настоящее время реализацию государственной программы в системе медицинского страхования осуществляют 56 страховых организаций, общее количество которых за последние годы незначительно (на 5% или на 3 ед.) сократилось (рис. 1) [3, 4, 5].

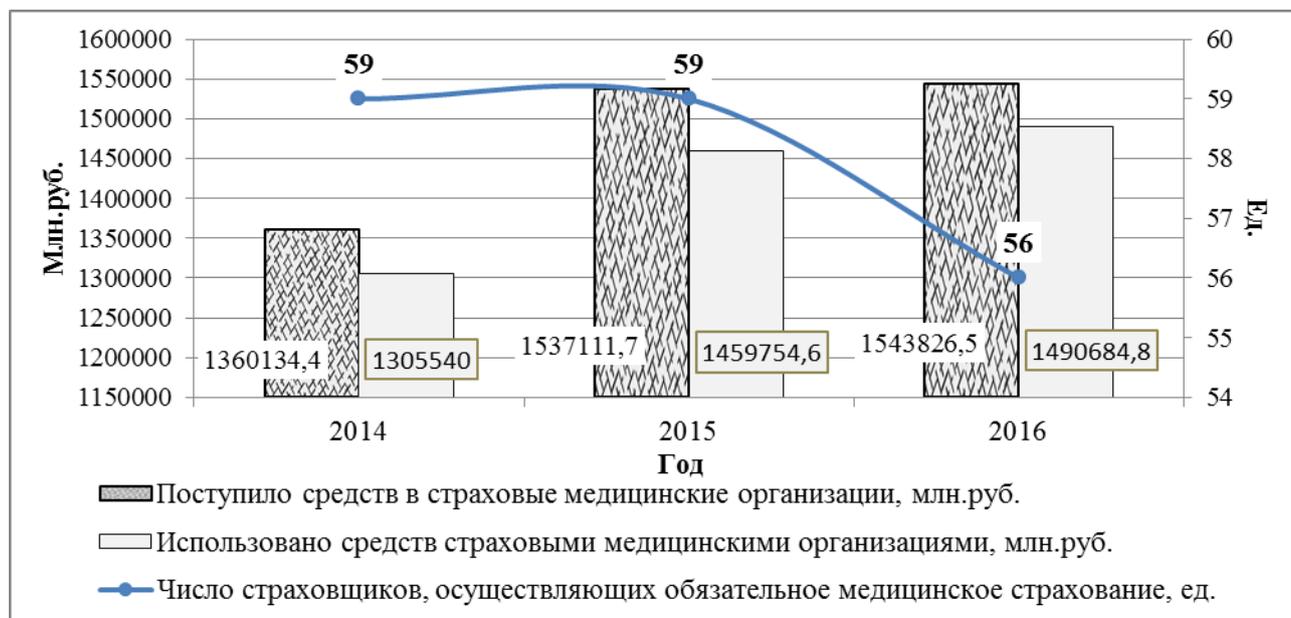


Рис. 1. Основные характеристики страховщиков, осуществляющих обязательное медицинское страхование

Общая величина объема средств, поступивших на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, в 2016 г. составила 1543,8 млрд. руб., что существенно больше (на 13,5%) чем в 2014 г. Средства, использованные страховыми медицинскими организациями на оплату медицинской помощи застрахованным лицам, в 2016 г. составили 1486,0 млрд. руб., и по сравнению с 2015 г. увеличился на 2 %. В доход страховых медицинских организаций направлено около 3,0 млрд.рублей (или 68,1% к уровню 2015 г.) [3].

Сложившиеся пропорции развития обязательного медицинского страхования (ОМС) в России формируют следующие базовые принципы [2]:

- каждый гражданин, невзирая, на возраст, статус, пол, место проживания, должен быть застрахован в системе ОМС;
- отношения в страховании закреплены на основе законодательной базы;
- страховка индивида действует бессрочно;
- средства ОМС находятся в собственности государства;
- обязательства со стороны государства, предоставляют возможность оказания медицинской помощи бесплатно, даже если страховые платежи переводятся с задержкой.

Целесообразно отметить, что на сегодняшний день далеко не весь спектр медицинских услуг финансируется государством. В этой связи, реализуя в страховании свою деятельность, медицинские учреждения стараются повысить параметры финансирования своей деятельности. В то же время система контроля деятельности медицинских учреждений, которую разработали страховые организации, зачастую не позволяет достичь желаемых результатов. Проблематика неэффективного распределения страховых средств в системе здравоохранения отражается в финансовой нестабильности медицинских учреждений. Обозначенную проблему возможно преодолеть в том случае, если процессы, повышающие финансовую эффективность медицинских учреждений – оптимизировать.

С этой целью страховые компании ведут учет застрахованных лиц, чье лечение было пройдено в конкретном медицинском учреждении. Для того, чтобы выявить возможные несоответствия в оказании медицинских услуг, страховщики проводят экспертизу качества предоставляемых медицинским учреждением услуг. В экспертизе оцениваются:

- скорость оказания медицинской помощи;
- компетентность выбранных методов лечения и диагностики;
- результативность запланированных мероприятий.

После завершения данных экспертиз, страховые компании зачастую прилагают штрафные санкции к медицинским учреждениям. Операции по контролю регламентированы законом об ОМС, где соблюдение сроков, объемов и условий предоставления медпомощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медпомощи.

Вместе с тем не всегда заданный порядок экспертизы является гарантией повышения качества функционирования медицинских учреждений. В этой связи целесообразным является расширение возможностей цифровизации экономики здравоохранения в части реализации системы управления качеством на единой информационной сети, основу которой сформируют обобщённые данные всех участников системы управления качеством в доступном режиме.

Список литературы:

1. Постановление Правительства Российской Федерации «О программе Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от 19 декабря 2016 г. № 1403 [Электронный ресурс] // <https://www.rgs.ru/upload/medialibrary/313/programma-gosudarstvennykh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoj-pomoshchi-na-2017-god-i-na-planovyj-period-2018-i-2019-godov.pdf> (дата обращения: 19.10.2017).

2. Федеральный закон " Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция).

3. Обзор деятельности страховщиков в 2016 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [2017]. URL: gks.ru/free_doc/new_site/finans/obzor-str2016.doc (дата обращения: 19.10.2017).

4. Обзор деятельности страховщиков в 2015 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [2017]. URL: gks.ru/free_doc/new_site/finans/obzor-str2015.doc (дата обращения: 19.10.2017).

5. Обзор деятельности страховщиков в 2014 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [2017]. URL: gks.ru/free_doc/new_site/finans/obzor-str2014.doc (дата обращения: 19.10.2017).

6. Соболева С.Ю., Максимова И.В. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. - №3. – С. 3 – 8.

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ

INNOVATIONS IN MEDICINE- THE PROBLEM WITH IMPLEMENTATION

Niharika John (India)

Russia, Volgograd State Medical University

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

Ever since ancient times, man has always strived at development. He has aimed to reach higher in all of his accomplishments – be it art, architecture or even medicine. In ancient times inane objects were used as cures for various diseases but now with progress man has been able to identify, treat and in some cases prevent certain diseases. This development has occurred because of the various innovations of man. With the progress in time man has seen various outcomes as a result of his innovation- some positive and some negative, but this has not prevented humanity from innovating.

Earlier, medicine had not seen much innovation. Religious ideals prohibited the dissection of bodies and hence did not allow progress. Progress and innovation go hand in hand. In today's world medicine has become more of a business than a field of healing. Undoubtedly, numerous patients have been cured but there have been so many who have been exploited. This mentality of man is one of the many hindrances of innovation. There have been almost no new drugs developed to treat tuberculosis for over 40 years. There is no test widely available to diagnose infants that have HIV/AIDS in poor countries, for example. This is because medical innovation - the development of new drugs, diagnostics and vaccines - is overwhelmingly steered towards products that will give commercial rewards and not towards the greatest medical needs. A company will invent a new drug if it is profitable in the market even if it does not have any major therapeutic significance.

In countries like the USA, the availability of newly developed drugs take time to enter the market. When a company wants to sell a newly developed drug in the market, they must first send it to the Center for Drug Evaluation and Research (CDER). The CDER evaluates the drug and provides information to both doctors and patients. Although they do not test the drug, they conduct various experiments to ensure that the health benefits of the respective drug outweigh the risks before it can be made available in the market. The company wishing to sell the drug then tests the drugs on animals and conducts various laboratory experiments to see if it can be tested on humans. Only if the drug satisfies the required criteria, tests begin to be conducted on humans. This process although time consuming requires a detailed analysis for the safety of the people. This lengthy processing which is seen in several other nations apart from the USA, is also considered an issue with implementation in innovation in medicine.

Another problem with innovations in medicine is insufficient funding. Most government organizations do not provide enough funds to support innovations in vaccines, drugs and other medical equipment. In recent years, it has come to light that even philanthropists contribute more than the government not just in the field of medicine but in the field of science as a whole and here one may see how it is difficult to implement new therapeutic techniques. An example of underfunding for research by governments is exemplified by TB. In 2008 – 2009, the Access Campaign carried out a number of surveys into European investment into TB research. The results showed that European Union members are not contributing their fair share towards TB research and development. Europe was found to be spending only one third as much on TB research and development as the US public sector. Given that the European GDP is over one fifth higher than the USA, there is no basis for this huge discrepancy. This pattern of systemic underfunding has led directly to a situation where field staffs do not have adequate medicines to treat patients with drug-resistant TB effectively.

Due to this underfunding, researchers lack the paraphernalia required to perform innovations in the field. Only some top notch research bases have access to the funds and hence lack of knowledge, personnel and equipment can be considered an issue to the implementation of these innovations. In some scenarios, the form of treatment developed is very highly priced and some people cannot afford such expensive treatments. This holds true as almost one billion people cannot afford healthcare. Almost every year hundred million people are being pushed into poverty by paying for healthcare.

In some cases, cultural views can also cause difficulties in implementation of medicine. In some countries like India, the people of the rural and suburban localities still have problems coming to term with the innovations in modern medicine. They still believe in the usage of traditional medicine. Hence implementation of innovations in these parts of the world is a bit of a challenge due to the cultural influence. In China, behavior patterns of individuals are considered as reflections of their family and hence often mentally ill patients prefer not to discuss any of their symptoms as they think they are bringing shame upon their family. In Vietnam, modern medical innovations are not accepted easily because they believe that diseases are caused due to an imbalance of hot and cold poles that govern bodily functions. It is an even bigger problem implementing modern medicine when self-disclosure is required. These cross cultural differences affect not only the patient's but also their entire family's attitude regarding the diagnosis and treatment causing some difficulties in implementation of therapy as they may be reluctant to accept this form of healing and may choose to stick to their cultural methods thereby not allowing the required treatment to take its actual course.

In conclusion I would like to state that man has not stopped advancing in the field of medicine and will not stop either. It is in his nature to keep moving forward, but if his actions are dedicated towards the improvement of mankind and the medical field is seen not as a business, but as a field of service, his actions will surpass the issues and a lot of problems can be solved.

References

1. <https://www.msfaceess.org/content/medical-innovation-issues>
2. <https://www.msfaceess.org/our-work/driving-medical-innovation/article/1351>
3. <https://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/default.htm>
4. <https://www.reuters.com/article/us-who-finance/one-billion-people-cannot-afford-healthcare-who-idUSTRE6AL1GV20101122>
5. <http://www.euromedinfo.eu/how-culture-influences-health-beliefs.html/>

ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОУЧ-СЕССИЙ С ПОМОЩЬЮ АВТОМАТИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

Князев Сергей Александрович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Современная экономика в своём развитии переходит от стадии информационной к стадии знаниевой. Для актора это означает, что первостепенное значение для экономического развития в виде предложения рынку инноваций принимает творческий потенциал сотрудников организаций и его развитие [2, с. 71]. Развитие этого потенциала возможно с помощью применения управленческих, психологических и педагогических методов, примерами которых соответственно могут послужить экономическая мотивация, психологическая поддержка со стороны лидера, обучение персонала [1, с. 244].

Менеджер по своим функциональным обязанностям в эпоху развития экономики знаний отвечает в том числе и за творчество. Это творчество в организации носит специфический характер и потому может носить отдельное название – управленческое творчество. Управленческое творчество как явление тождественно созиданию целей, планов, процессов и процедур, которые ранее не имели место быть в этой организации.

Формы управленческого творчества обыкновенно соответствуют стилям управления, которые традиционно подразделяются на авторитарный (единоличный), демократический и либеральный. Во всех случаях может быть применён коучинг как технология постановки и достижения цели с помощью планов, процессов и процедур. В первом случае это будет коучинг первых лиц (executive coaching), во втором – командный коучинг (team coaching), в третьем – agile-coaching.

В любом случае технология коучинга подразумевает создание видения, конкретизацию цели, составление плана действий и детализацию первых шагов по его реализации.

Основные трудности, как правило, возникают на этапе реализации, когда дело доходит до конкретных действий. В основном они носят мотивационный характер, который трансформируется в различные организационные трудности, такие как забывание, смена приоритетов, переключение на другие задачи, несвязанные или слабо связанные с выбранным делом. Здесь и проявляется психологический барьер, связанный с возможностью выполнения поставленных задач (ловушка пессимизма) и последовательностью-параллельностью их выполнения (многозадачность).

В целях организации рационального порядка выполнения запланированных действий рекомендуется по возможности автоматизировать контроль за выполняемыми действиями.

Простейшие формы автоматизации возможно реализовать в различном офисном ПО. Например, в программе Excel создаётся файл с перечнем поставленных задач и лиц, ответственных за их выполнения, доступный для редактирования всем стейкхолдерам процесса. Исполнители ставят специальные знаки напротив выполненных, невыполненных, не вовремя выполненных и выполняемых задач. Это позволяет отслеживать прогресс достижения цели. Автоматизация результатов коуч-сессий возможна и в более адаптированных для этого программах и приложениях.

В том, насколько отличается результативность при автоматизации результатов коуч-сессий, позволяют судить итоги эксперимента, проведённого в коммерческой фирме в нескольких коуч-сессиях. Была замерена результативность коуч-сессии по следующим параметрам:

1. Количество выполненных к сроку дел,
2. Количество вообще невыполненных дел,
3. Количество дел, выполняемых, но не уложившихся в сроки.

Команде исполнителей сначала (в первых двух коуч-сессиях) предлагалась только фиксация результатов коуч-сессии на бумаге (лист флип-чарта, висящий в офисе). В других двух коуч-сессиях фиксация происходила в офисном ПО с доступом для редактирования. В итоге после автоматизации результаты по первому пункту повысились на 82%, по второму пункту уменьшились на 63%, по третьему – уменьшились на 69%.

Разумеется, эти результаты ещё ждут дальнейших интерпретаций – например, с учётом фактора сложности выполняемого дела. Но уже сейчас можно заключить, что автоматизация результатов коуч-сессий способствует повышению результативности управленческой творческой деятельности менеджера при целеполагании, планировании и организации выполнения задач.

Список использованной литературы:

1. Черемисова И.В. Психолого-педагогические основы развития творческой личности // Мир науки, культуры, образования. – 2011. - № 4 (29). Ч.1. – С. 243-246.
2. Черемисова И.В. Развитие творческого потенциала сотрудников как средство оптимизации инновационных процессов в трудовом коллективе / Современная психология в экономике, политике и социальной сфере: материалы I региональной научно-практической конференции преподавателей, практических психологов и студентов. – Н.Новгород: НФИБП, 2006. – С. 70-75.

АНАЛИЗ ИНВЕСТИЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ В ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РФ

Михайлова Наталья Александровна

Россия, Волгоградский государственный университет

Сегодня формирование инновационной экономики для России является одной из наиболее популярных тем в экономических и политических кругах. Речь идет о формировании новой экономической политики и стратегии, при которой большие потоки инвестиций всех экономических субъектов страны будут направлены на различные сферы инновационной деятельности.

В условиях сложных внешнеполитических отношений России с Западом, данная проблема смотрится ещё более актуальной, так как санкции ограничили количество иностранных инвестиционных притоков в экономику РФ. Государству и бизнесу необходимо адаптироваться к этим условиям с целью обеспечения стабильного экономического роста. Так, Правительство РФ поддерживает научные разработки с помощью различных программ развития бизнеса, в том числе предоставляя налоговые льготы.

Важно отметить, что большая часть открытий и прорывов в высокотехнологичных областях сделана за счет венчурного капитала и венчурных предприятий. Тем самым доказывается факт исключительной важности развития венчурной составляющей бизнеса. Осознавая это, многие экономически развитые государства стремятся к созданию механизмов, содействующих внедрению в производство новейших достижений научно-технического прогресса, а именно в развитие венчурных предприятий.

Венчурное инвестирование можно определить как предоставление средств на долгий срок новым молодым высокотехнологичным компаниям, находящимся на ранней стадии развития, в обмен на долю в этих компаниях в случае успешной реализации проекта.

Роль государства заключается и в формировании в стране положительного имиджа венчурного инвестирования, в определении инновационной политики как национального приоритета; при этом государство стимулирует спрос бизнес-сектора на инновации, инвестиции в НИОКР и ориентацию научных исследований на рынок и конечного потребителя новых знаний.

Инновационная деятельность даже малых предприятий играет значимую роль в экономике государства. Малый бизнес является стержнем экономики большинства развитых стран. Малый бизнес – инновационный бизнес, так как у него гораздо более подвижная организационная структура. Малые предприятия в борьбе за выживание охотнее идут на применение инновационных технологий и разработок, а существенная часть фирм прямо ориентируется на коммерциализацию технологий. Несмотря на то, что в инновационной сфере работает лишь около 5% от общего числа работающих в малом предпринимательстве, эту область малого бизнеса можно поставить по значимости для развития экономики на одно из первых мест (Табл. 1).

Таблица 1

Инновационная активность субъектов малого предпринимательства						
Показатель	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Число субъектов малого предпринимательства, осуществляющих технологические инновации, единиц	779	919	996	923	1276	1274
Удельный вес субъектов малого предпринимательства, осуществляющих технологические	1,6	1,6	4,3	4,1	5,1	4,8

инновации, %						
--------------	--	--	--	--	--	--

Источник: сост. по [1]

Важным шагом поддержки малого бизнеса в России является создание и развитие специфических институтов – бизнес-инкубаторов, целями которых являются:

- ускорение создания новых малых предприятий, повышение их жизнестойкости, устойчивости и конкурентоспособности;
- облегчение доступа к разного рода ресурсам;
- активизация инновационной деятельности;
- создание новых производств с целью создания новых рабочих мест;
- формирование стандартов профессионального бизнеса среди предпринимателей малого бизнеса;
- распространение передового отечественного и зарубежного опыта.

В настоящее время в России существует перечень успешно функционирующих бизнес-инкубаторов:

- бизнес-инкубатор Академии народного хозяйства;
- бизнес-инкубатор ГУ-ВШЭ;
- инкубатор «Ингрия»;
- бизнес-инкубатор МГУ;
- инкубатор РЭУ им. Плеханова [2].

Помимо бизнес-инкубаторов, государство обеспечивает поддержку учреждениям науки, занимающимся новыми технологиями. Однако, доля инвестиций, приходящаяся на инновационные разработки в нефинансовых активах в РФ, катастрофически мала (Рис. 1) [3, с. 96]. Российской экономике необходимо уделять больше внимания инновационным процессам, а также увеличить её привлекательность для иностранного инвестора.

Так, и Гамбургский институт, подтверждая низкий уровень развития бизнеса в РФ, в своем рейтинге BDO International Business Compass поместил Россию на 100-ую позицию между Вьетнамом и Замбией. Более обнадеживающим выглядит рейтинг Всемирного Банка, более известный как «Рейтинг лёгкости ведения бизнеса», где Россия расположилась на 51-ой позиции [4].

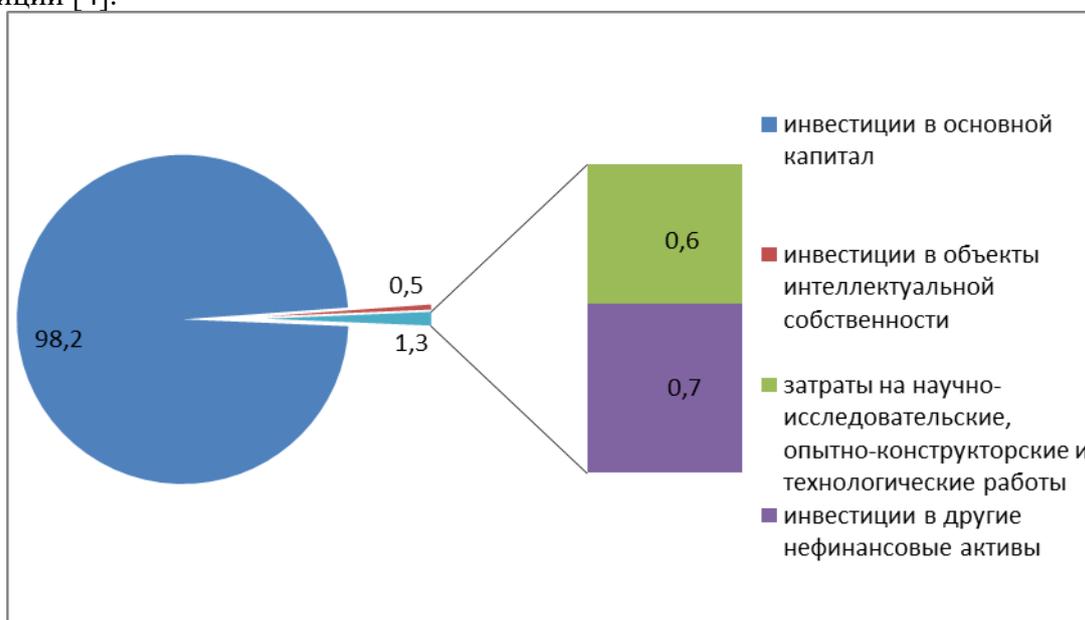


Рис. 1. Структура инвестиций в нефинансовые активы в РФ

Источник: сост. автором

В развитых странах промышленность – основной источник инноваций и главный инвестор в научные разработки. Это позволяет производить товары с высокой добавленной стоимостью и, с другой стороны, создает спрос на научные разработки. Промышленные

инвестиции в научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы могли бы дать «второе дыхание» и российской науке.

Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы (НИОКР) – это совокупность деятельностей, направленных на получение новых знаний и их практическое применение для решения конкретных задач [5, с. 29]. В английском языке эта деятельность именуется термином Research & Development (R&D).

Национальные расходы на НИОКР считаются одним из ключевых показателей научно-технического развития страны.

Согласно исследованию McKinsey, в затратах частного бизнеса вложения в НИОКР со стороны промышленности доходят до 90%. Так, доля промышленности в затратах частного бизнеса на R&D в Германии и Южной Корее составляет 89%, в Китае и Японии – 87%, в США – 67%, в Мексике – 69%. В Германии, Японии и Соединенных Штатах именно промышленные компании зарегистрировали от 53 до 73% всех патентов с 2007 по 2009 гг.

Наиболее активно инвестируют в R&D химическая и фармацевтическая промышленность, производители транспортного оборудования, машиностроение, на эти отрасли приходится 34% от всей мировой промышленности с высокой добавленной стоимостью, пишут аналитики McKinsey [6].

Российские компании не спешат увеличивать свои вложения в науку. В 2014 году исследовательским центром при Европейской комиссии был составлен рейтинг 2500 промышленных компаний, больше всего инвестирующих в НИОКР (R&D). Первое место в нем заняла компания Volkswagen, которая вложила в научные разработки 11,7 миллиарда евро. В сумме 2500 компаний инвестировали в R&D около 538 миллиардов евро. При этом в рейтинг попали всего пять российских компаний, и только три из них оказались в первой тысяче.

Впрочем, согласно официальной статистике, в последние годы инвестиции в R&D в абсолютном выражении выросли. Так, по данным Росстата, если в 2010 году затраты на технологические инновации в компаниях составили 400 млрд рублей, то в 2013 – 1,1 трлн рублей [1]. Этот рост объясняется, в частности, активностью государства, а сами же компании не слишком заинтересованы в развитии R&D. Российские предприятия не инвестируют в R&D, прежде всего, потому, что не верят в стратегию, основанную на исследованиях и разработках, – она не гарантирует коммерческий успех. Да и государство неохотно инвестирует в НИОКР, пока есть возможность получать доход от нефти и газа.

Несмотря на отставание от стран-лидеров по инвестициям в R&D, российская наука еще сохранила свой потенциал. Она обеспечена сильными интеллектуальными ресурсами и не утратила связей с мировой наукой. Однако для того, чтобы отечественные компании активнее инвестировали в НИОКР, необходимо создавать стимулы. Привлечь инвестиции в НИОКР возможно через создание налоговых стимулов для компаний, занимающихся инновациями. Формально в России они есть и сейчас. В России компании, инвестирующие в НИОКР, могут требовать вычета расходов, связанных с такой деятельностью, из базы по налогу на прибыль. Несмотря на данные привилегии, количество предприятий, занимающихся научными исследованиями, неуклонно снижается. В такой ситуации роль инноватора берёт на себя государство. Количество научных организаций и инвестиций в инновации со стороны государства неуклонно растёт.

В заключение следует отметить, что доля затрат на инновационные разработки со стороны субъектов малого бизнеса невероятно мала, что обусловлено недостаточно качественной системой государственной поддержки малого бизнеса. Более того, существует целая череда административных барьеров в лице Госсанэпиднадзора, Государственной противопожарной службы, а также Госторгинспекции, что тормозит возможности малого бизнеса, как значимого инвестора в сферу инноваций.

Анализ потоков венчурных инвестиций в НИОКР подтвердил важность крупной промышленности, как разработчика инновационных идей и технологий, в то время как крупные отечественные предприятия не стремятся финансировать новые разработки.

^[1] *Примечание:* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Администрации Волгоградской области, проект № 16-12-34012 «Формирование и совершенствование механизма коммерциализации научно-технических разработок в регионах РФ».

Список литературы

1. Малый бизнес. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>
2. Пять лучших российских бизнес-инкубаторов. / Журнал Forbes. – URL: <http://www.forbes.ru/svoi-biznes/startapy/>
3. Матвеева Л.Г., Чернова О.А. Информационно-организационные механизмы повышения инвестиционной привлекательности региона // Региональная экономика. Юг России. – № 3. – 2017. – С. 87-100.
4. Рейтинг International Business Compass. / Международное объединение аудиторских и консультационных компаний BDO International. – URL: <http://www.bdo-ibc.com/index/global-comparison/overall-index/>
5. Дроздова В.В. Инвестиционный климат в российской Федерации: проблемы инвестиционной привлекательности национальной экономики // Финансы и кредит. – 2014. – № 2. – С. 28-31.
6. Будущее промышленности. / Международная консалтинговая компания McKinsey & Company. – URL: <http://www.mckinsey.com/business-functions/operations/our-insights/>

ТЕНДЕНЦИИ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Полусмакова Наталия Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный университет

Объем медицинского рынка в России в 2016 году превысил 2,2 трлн рублей, причем сегмент частной медицины рос быстрее других. Из-за снижения финансирования и качества обслуживания в госсекторе для частных клиник сформировалась тенденция растущего спроса, появления возможности реинвестирования прибыли в новые направления и открытия новых отделений.

На фоне растущего спроса и развития интернет-технологий на рынке появились десятки стартапов, помогающих медицинским компаниям и отдельным врачам лучше понять потребителя, учитывая особенности его здоровья, финансовые возможности и географическое положение. Действующие медицинские компании с учетом их уверенного финансового положения заинтересованы во внедрении технологий, которые позволяют установить с потребителями или партнерами более эффективный контакт, дают возможность больше узнать о пациенте и, соответственно, предоставить ему наилучшее лечение и дополнительные услуги. Специализация востребованных стартапов простирается от элементарных виртуальных сервисов до инновационной аналитики с использованием больших данных. Сервисов, которые соединяют врачей с пациентами, медицинские компании — с потенциальными партнерами, а специалистов — друг с другом, в России тоже достаточно: DocDoc, «Спроси доктора», «Мой доктор», и даже Pet Doctor, в который инвестировала компания IBM. У самых крупных игроков число клиентов приближается к миллиону. Так, сервисом по записи к врачу DocDoc по состоянию на май 2017 года воспользовались более 750 тысяч человек [1].

Площадки, которые объединяют клиники и частных специалистов с поставщиками оборудования, в России только начинают появляться. Интернет-магазин Buyonet наряду с

другими игроками вывел продажу материала и оборудования для стоматологии в онлайн, активно использует интернет-продвижение и видит свое будущее в создании маркетплейса.

Специалисты международной аналитической компании Technavio определили основные тенденции, которые окажут влияние на развитие рынка медицинских информационных технологий к 2020 году: продвижение сервиса «виртуальная медсестра», рост популярности носимых гаджетов и развитие телемедицинских услуг [2].

«Виртуальная медсестра» представляет собой специализированную компьютерную программу, позволяющую частично замещать персонал больницы. К ее должностным обязанностям можно отнести наблюдение за приемом препаратов или проведением процедур пациентами. Концепция сервиса «виртуальная медсестра» была разработана в Северо-Восточном университете (США) с целью решения вопроса нехватки квалифицированных кадров. По прогнозам аналитиков, в будущем такая система станет неотъемлемой частью медицинской инфраструктуры в России.

Популярность носимых медицинских устройств, позволяющих врачу проводить мониторинг состояния пациента удаленно, стремительно растет. По мнению исследователей, применение таких гаджетов позволит повысить эффективность системы здравоохранения и одновременно снизить затраты. Снижение стоимости на такие портативные устройства способствовало их распространению не только в развитых, но и развивающихся странах, следствием чего стало образование значительной базы данных о состоянии здоровья пациентов. Рост популярности умных устройств является новой стремительно развивающейся тенденцией, которая будет продвигать рынок медицинских IT до 2020 года.

Развитие телемедицины в сфере здравоохранения также растет по степени популярности. Особенно актуально внедрение телемедицинских услуг в сельские районы, где отмечается значительная нехватка опытных врачей. Благодаря телемедицинским технологиям пациент и врач могут удаленно общаться для обсуждения диагноза или методики лечения. Таким образом необходимость в посещении больницы или клиники снижается. Развитию этого сегмента в России, способствовало решение правительственной комиссии от 11 мая 2017 года, одобряющая проект закона о телемедицине. После принятия документа в Госдуме и утверждения стандартов врачи смогут проводить консилиумы и консультации с пациентом в дистанционном режиме. Телемедицинские платформы уже запущены в рамках проектов «Педиатр 24/7», «Онлайн доктор» и «Доктор на работе». Совместные проекты запускают и другие игроки: оператор МТС совместно с сетью частных клиник ГК «Медси», «Яндекс» и сервис вызова врача на дом Doc+, «Ренессанс страхование» и сеть клиник «Доктор рядом». Специалисты, работающие в телемедицинских сервисах, пока не предоставляют справки и не назначают лечение, но дают рекомендации, то есть действуют в рамках законодательства. Пока закон о телемедицине не приняли окончательно, компании тестируют технологии и готовятся к внедрению.

Телемедицина является перспективным сегментом медицинских услуг. По данным аналитиков IHS, к 2019 году мировой рынок телемедицины достигнет почти \$44 млрд, показывая среднегодовой рост в 17,7%. Новые проекты в этой области продолжают появляться [2].

Таким образом, медицинским клиникам для своего развития необходимо использовать автоматизацию и иметь четкое представление о целевой аудитории, создавать уникальные преимущества, которые будут сохраняться даже при повышении мобильности клиентов.

Список литературы:

1. Каракаш Д. Почему российский рынок платной медицины растет и зачем ему нужны стартапы <https://vc.ru/24045-starttrack-medicine>
2. Хамзина Н. Три основные тенденции развития рынка медицинских информационных технологий <https://www.medvestnik.ru/content/news/Tri-osnovnye-tendencii-razvitiya-rynka-medicinskih-informacionnyh-tehnologii.html>

ИННОВАЦИОННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ И ИХ МОДИФИКАЦИИ

Самошина Екатерина Андреевна, Плетнева Ирина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Россия, Волгоградский Медицинский Научный Центр

В мировой экономической литературе "инновация" интерпретируется как превращение потенциального научно-технического прогресса в реальный, воплощающийся в новых продуктах и технологиях [1]. В условиях реформирования российской системы здравоохранения, отсутствия четко выстроенной системы лекарственного обеспечения, федеральных и территориальных стандартов оказания медицинской помощи особое значение приобретают вопросы рационального использования имеющихся ресурсов и выработка научно обоснованных организационных и управленческих решений в сфере лекарственного обеспечения населения [1].

В фармацевтической отрасли инновации могут быть определены как технический прогресс, приведший к созданию совершенно нового продукта либо к снижению стоимости производства или увеличению терапевтического значения существующего продукта [2].

Инновационные лекарственные средства или технологии — это новые препараты, лекарственные формы или средства доставки действующих веществ, защищенные патентом. Их создание и широкое внедрение в медицинскую практику позволяет прежде всего улучшить или даже радикально изменить прогноз многих заболеваний, модифицировать их течение, снизить летальность, а также существенно сократить затраты государства на лечение и реабилитацию пациентов, продлить трудоспособный период [4].

Инновации могут касаться разных характеристик и по этой причине нельзя измерять степень инновационности препаратов с помощью лишь одного индикатора. До сих пор новые медицинские технологии обычно делят на прорывные препараты и препараты-аналоги [5].

Разработка новых лекарственных препаратов в современном мире является многодисциплинарной задачей, которая не может быть реализована в рамках одной компании или одного коллектива.

Современная наука использует два пути создания новых лекарственных препаратов:

- создание новых субстанций с последующим получением из них готовых лекарственных форм стандартными процедурами (structure-activity relations — SAR);
- использование хорошо известных субстанций с последующей разработкой высоких технологий получения новых лекарственных форм с повышенной эффективностью действия, улучшенной биодоступностью и ослабленными побочными эффектами.

Известны следующие основные методы модификации высвобождения и доставки лекарственного вещества:

- физические (использование вспомогательных веществ, изменяющих растворимость, всасывание, распределение или элиминацию; использование физических сил — диффузия, осмос, гидродинамика, аэродинамика, электромеханические, магнитные, ультразвук и т. п.);
- химические (образование солей, комплексов, добавление или замена функциональных химических групп в молекулу лекарственного вещества, конъюгация с веществом-носителем);
- технологические — производство наноразмерных готовых лекарственных форм (создание матриц, однослойных или многослойных оболочек, резервуаров, микросфер, липосом, наночастиц; микрогранулирование и микрокапсулирование; объединение частиц лекарственного вещества с разной скоростью высвобождения; иммобилизация, адсорбция, дисперсия в матриксах или на носителях; создание лекарственных терапевтических систем и т. п.);

– применение таргетных (направленных) инновационных препаратов, обеспечивающих наноразмерное воздействие на биомишень, что приводит к улучшенному терапевтическому эффекту. Перечисленные технологии находят применение в создании различных лекарственных форм с контролируемым высвобождением. Кроме того, важнейшей задачей при разработке лекарственной формы является обеспечение оптимальных условий для высвобождения и последующего всасывания субстанции. Данным условиям подчинены остальные требования, которым должна отвечать разрабатываемая лекарственная форма [3].

Российский фармацевтический рынок в настоящее время развивается с динамикой экономических реформ и уровнем развития экономики страны. Применение новых лекарственных форм, способствует повышению эффективности, снижению риска развития побочных эффектов [5]. Создание усовершенствованных лекарственных форм, оказывает значительное влияние на эффективность и безопасность препарата [3,5].

Список литературы

1. Балашова Анна. Инновации в медицине: российская перспектива. [Электронный документ] // Ведомости – 2010.
2. Бронникова О. Ресурсы роста фармацевтического рынка России // Провизор. 2012. № 4. С. 18-20.
3. Ивлева А. Я. Достижения фармацевтической медицины // Медико-фармацевтический вестник. – 1996. - № 2. – С. 5 - 10.
4. Сёмкина О. А. Вспомогательные вещества, используемые в технологии мягких лекарственных форм (мазей, гелей, линиментов, кремов). Обзор //Хим.-фарм. журнал. 2005. - № 9. – С. 45-48
5. Управление исследованиями, разработками и инновационными проектами / Под ред. С.В. Валдайцева.- Сиб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2012.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ

Самошина Екатерина Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Россия, Волгоградский Медицинский Научный Центр

В мировой экономической литературе "инновация" интерпретируется как превращение потенциального научно-технического прогресса в реальный, воплощающийся в новых продуктах и технологиях [1].

В условиях реформирования российской системы здравоохранения, отсутствия четко выстроенной системы лекарственного обеспечения, федеральных и территориальных стандартов оказания медицинской помощи особое значение приобретают вопросы рационального использования имеющихся ресурсов и выработка научно обоснованных организационных и управленческих решений в сфере лекарственного обеспечения населения[1].

В фармацевтической отрасли инновации могут быть определены как технический прогресс, приведший к созданию совершенно нового продукта либо к снижению стоимости производства или увеличению терапевтического значения существующего продукта [2].

Инновационные лекарственные средства или технологии — это новые препараты, лекарственные формы или средства доставки действующих веществ, защищенные патентом. Их создание и широкое внедрение в медицинскую практику позволяет прежде всего улучшить или даже радикально изменить прогноз многих заболеваний, модифицировать их течение, снизить летальность, а также существенно сократить затраты государства на лечение и реабилитацию пациентов, продлить трудоспособный период [4].

Инновации могут касаться разных характеристик и по этой причине нельзя измерять степень инновационности препаратов с помощью лишь одного индикатора. До сих пор новые медицинские технологии обычно делят на прорывные препараты и препараты-аналоги [5].

Фармацевтическая разработка инновационных мягких лекарственных форм – сложный наукоемкий процесс, который складывается на основании биофармацевтической концепции [3].

Мягкая лекарственная форма представляет собой, структурную единицу как фармакотерапии, так и промышленного производства. Важнейшей задачей при разработке и приготовлении лекарственной формы является обеспечение оптимальных условий для высвобождения и последующего всасывания субстанции. Данным условиям подчинены остальные требования, которым должна отвечать мягкая лекарственная форма [3].

Российский фармацевтический рынок в настоящее время развивается с динамикой экономических реформ и уровнем развития экономики страны. Применение новых лекарственных форм, способствует повышению эффективности, снижению риска развития побочных эффектов [5].

Создание усовершенствованных лекарственных форм, оказывает значительное влияние на эффективность и безопасность препарата [3,5].

Список литературы

1. Балашова Анна. Инновации в медицине: российская перспектива. [Электронный документ] // Ведомости – 2010.
2. Бронникова О. Ресурсы роста фармацевтического рынка России // Провизор. 2012. № 4. С. 18-20.
3. Ивлева А. Я. Достижения фармацевтической медицины // Медико-фармацевтический вестник. – 1996. - № 2. – С. 5 - 10.
4. Сёмкина О. А. Вспомогательные вещества, используемые в технологии мягких лекарственных форм (мазей, гелей, линиментов, кремов). Обзор //Хим.-фарм. журнал. 2005. - № 9. – С. 45-48
5. Управление исследованиями, разработками и инновационными проектами / Под ред. С.В. Валдайцева.- Сиб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2012.

УДК 61:338.24:616.1

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМ И МЕТОДОВ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ВУЗОВСКИХ ИННОВАЦИЙ

Ситникова Светлана Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В современных экономических условиях развитие здравоохранения напрямую связано с поиском и внедрением инноваций, ключевым поставщиком которых являются медицинские вузы. Обеспечение высокоэффективной диффузии нововведений обусловлено рациональным выбором форм и методов коммерциализации инноваций.

Анализ существующей научной литературы позволил выделить следующие формы коммерциализации вузовских инноваций: передача права интеллектуальной собственности на инновации; сдача их в аренду при сохранении права интеллектуальной собственности на них, прямое взаимодействие, посредничество, интеграция, экспорт инноваций, сбыт только отечественным предприятиям, сочетание экспорта и сбыта отечественным фирмам.

Далее были выделены следующие методы коммерциализации вузовских инноваций, которые могут применяться при различных формах, а именно: метод кластеризации, метод создания технопарков, метод торгово-промышленной палаты, метод технологического

инновационного центра, метод продажи инноваций, метод исключительной лицензии, метод единственной лицензии, метод неисключительной лицензии, метод разовой сделки, метод регулярного сотрудничества и метод контракта.

В условиях современной рыночной экономики при оценке обозначенных форм и методов необходимо руководствоваться соответствующими критериями, которые положены в основу следующей формулы:

$$Эки = \frac{(ВВ + ВБ + ВО)Кдост}{ИД + СВ + РГ} \quad (1)$$

где Эки – это эффективность процесса коммерциализации вузовских инноваций;

ВВ – выгода вуза от коммерциализации вузовских инноваций;

ВБ – выгода бизнеса от коммерциализации вузовских инноваций;

ВО – выгода общества от коммерциализации вузовских инноваций;

Кдост – коэффициент доступности данного метода/формы коммерциализации вузовских инноваций;

ИД – издержки вузов и предприятий, возникающие при коммерциализации вузовских инноваций;

СВ – стоимость внедрения вузовских инноваций;

РГ – расходы государства, связанные с регулированием процессов коммерциализации вузовских инноваций.

С помощью данной методики произведена оценка эффективности предложенных выше форм и методов коммерциализации вузовских инноваций. Ее результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты оценки эффективности форм и методов коммерциализации вузовских инноваций с помощью разработанной методики

Объект оценки: форма или метод коммерциализации	Оценочные критерии эффективности							
	ВВ	ВБ	ВО	Кдост	ИД	СВ	РГ	Эки
Метод кластеризации	10	10	10	0,9	1	1	3	5,40
Метод создания технопарков	7	8	10	0,1	1	1	10	0,21
Форма интеграции	8,5	9	10	0,5	1	1	6,5	1,62
Метод торгово-промышленной палаты	1	7	10	0,9	5	10	5	0,81
Метод технологического инновационного центра	10	10	10	0,8	2	1	1	6,00
Форма посредничества	5,5	8,5	10	0,85	3,5	5,5	3	1,70
Метод продажи инноваций	8	9	10	1	5	10	1	1,69
Метод исключительной лицензии	9	10	10	1	5	10	1	1,81
Форма передачи права	8,5	9,5	10	1	5	10	1	1,75
Метод единственной лицензии	9	9	10	1	5	5	1	2,55
Метод неисключительной лицензии	10	8	10	1	5	1	1	4,00
Форма сдачи в аренду	9,5	8,5	10	1	5	3	1	3,11
Метод разовой сделки	8	8	10	1	10	8	1	1,37
Метод регулярного сотрудничества	9	9	10	0,9	3	6	1	2,52
Метод контракта	10	10	10	0,8	1	1	1	8,00
Форма прямого взаимодействия	9	9	10	0,9	4,00	5	1	2,52
Форма исключительного экспорта	2	1	1	0,1	8	10	1	0,02
Форма внутреннего сбыта	8	10	10	1	4	4	1	3,11
Форма сочетания экспорта и внутреннего сбыта	10	5	5	0,5	10	10	1	0,48

Наименее эффективным оказался метод создания технопарков (0,21 балл) из-за недоступности для практического применения в современной России, метод торгово-промышленной палаты (0,81 баллов), обеспечивающий незначительные выгоды, но сопряженный с существенными затратами для участников процесса коммерциализации вузовских инноваций, а также форма исключительного экспорта (0,02 балла) и форма сочетания экспорта и внутреннего сбыта (0,48 баллов) из-за своей недоступности по причине неразвитости институциональных механизмов для экспорта вузовских инноваций в России. Данные методы характеризуются критически низкой эффективностью.

Малоэффективной оказалась форма интеграции (1,62 балла), форма посредничества (1,70 баллов), метод продажи инноваций (1,69 баллов), метод исключительной лицензии (1,81 балл), форма передачи права (1,75 баллов) и метод разовой сделки (1,37 баллов). Несмотря на попадание в интервал с низкой эффективностью, на фоне других методов более привлекательно выглядит метод единственной лицензии (2,55 баллов) и метод регулярного сотрудничества (2,52 баллов). Приемлемой (средней) эффективностью характеризуется метод неисключительной лицензии (4 балла).

Наиболее высокой эффективностью в отношении коммерциализации вузовских инноваций характеризуется метод кластеризации (5,40 баллов) в рамках формы интеграции, метод технологического инновационного центра (6,00 баллов) в рамках формы посредничества и метод контракта (8,00 баллов) в рамках формы прямого взаимодействия. Поэтому именно на данные методы и соответствующие им формы следует сделать акцент при управлении эффективностью процессов коммерциализации вузовских инноваций.

Таким образом, проведенная оценка эффективности выделенных форм и методов коммерциализации вузовских инноваций с помощью предложенных критериев позволила выявить наиболее перспективные из них. Это открывает возможности для практического применения полученных выводов и позволяет определить пути повышения эффективности форм и методов коммерциализации инноваций в медицинских вузах.

Список литературы

1. Воробьев А.А. Особенности выведения на рынок инновационного продукта медицинского назначения (на примере экзоскелета «ЭКЗАР») / Воробьев А.А., Андрющенко Ф.А., Соболева С.Ю., Князев С.А., Соболев А.В., Тажибов А.А. // *Фундаментальные исследования*. 2016. № 4-3. С. 568-572.

2. Ситникова, С. Е. Особенности коммерциализации продуктов инновационной деятельности высших учебных заведений / С. Е. Ситникова // *Европейский журнал социальных наук European social science journal*. – 2013. – 11(38) том 2. – С. 146-150.

УДК 316.775

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ (НА ПРИМЕРЕ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ «S CLASS CLINIC» В ГОРОДЕ ВОЛГОГРАДЕ)

Акишенко Анастасия Игоревна, Зарубин Николай Андреевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.с.н., ст. преподаватель *И.В. Шиндряева*

Введение: Одна из основных проблем населения - проблема выбора. Подобрать для себя клинику, а уж тем более врача – трудная задача. На какие же критерии смотрит потенциальный клиент при выборе частной клиники? В нашем исследовании мы решили разобраться с этим вопросом на примере медицинского центра «S Class Clinic».

Цель: Исследование системы управления частного здравоохранения на примере медицинского центра «S Class Clinic» города Волгоград.

Материалы и методы: Работа выполнена на основе анализа социального опроса на официальном сайте медицинского центра «S Class Clinic».

Результаты и обсуждения: Главным фактором, влияющим на выбор организации, является организационная культура.

Организационная культура – это совокупность убеждений, отношений, норм поведения и ценностей, общих для всех сотрудников данной организации. Они не всегда могут быть четко выражены, но при отсутствии прямых инструкций определяют способ действий и взаимодействий людей и в значительной мере влияют на ход выполнения работы.[1]

Существуют методы для изучения организационной культуры:

1. Качественный (Использование данного метода заключается в обработке информации непосредственно внутри организации):

- устный фольклор;
- сложившиеся в организации правила, традиции, церемонии и ритуалы;
- различные документы, определяющие жизнедеятельность организации;
- сложившуюся практику управления.

2. Количественный, характеризующийся использованием различных стандартизированных опросников:

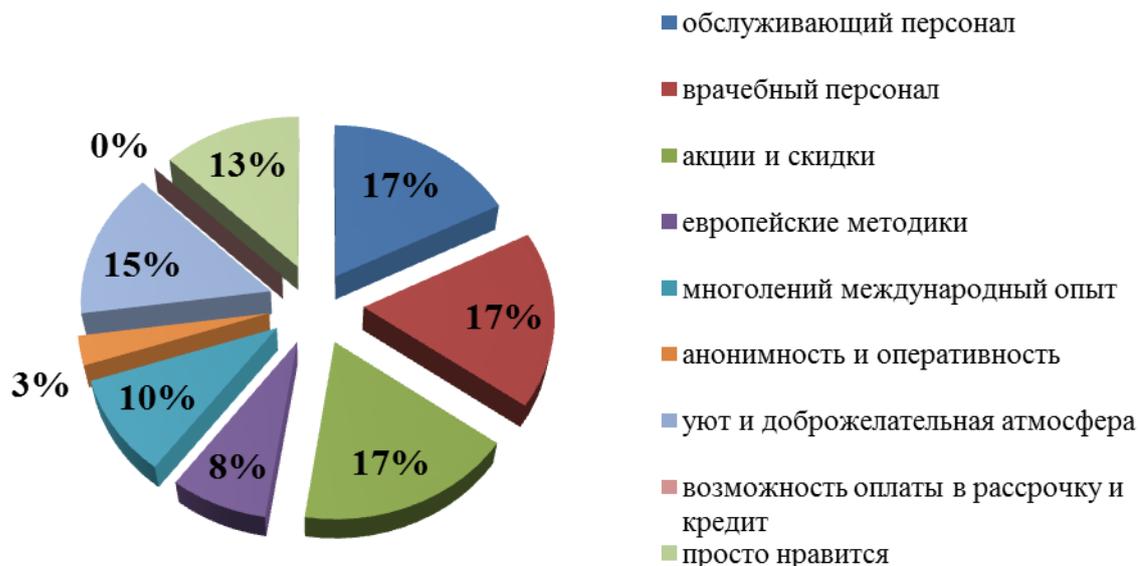
- социологические исследования (анкетирование, интервью);
- концепцию Г. Ховштеде;
- измерения Э. Шейна;
- модель С. Ханди;
- Модель Денисона.

Наше исследование организационной культуры заключалось в использовании количественного метода посредством социального опроса. В опросе «Что Вы больше всего цените в Эс Класс Клиник?» на сайте участвовали 40 человек. Им были предоставлены девять критериев, из которых необходимо было выбрать три. Критерии:

1. обслуживающий персонал;
2. медицинский персонал;
3. акции и скидки;
4. европейские методики;
5. многолетний международный опыт;
6. анонимность и оперативность;
7. уют и доброжелательную атмосферу;
8. возможность оплаты в рассрочку или в кредит;
9. просто нравится.

По окончании голосования результаты расположились следующим образом:

Что Вы больше всего цените в Эс Класс Клиник?



На основании результатов мы видим, что наибольшее количество голосов было отдано за обслуживающий и врачебный персонал, а также за «акции и скидки». Это в свою очередь свидетельствует о наличии в сети медицинских центров «S Class Clinic» здорового климата, который 80% является гарантией эффективной работы организации.

Вывод: Таким образом, на примере медицинского центра «S Class Clinic» мы выяснили, какие факторы оценивают потенциальные клиенты перед выбором той или иной клиники.

Список литературы

1. Армстронг М. Стратегическое управление человеческими ресурсами. 10-е издание: Пер. с англ. - М.: ИНФРА-М, 2002. - VIII, 328 с. - (Серия «Менеджмент для лидера»).
- 2) Стеклова О. Е.: Организационная культура: учебное пособие / О. Е. Стеклова. – Ульяновск: УлГТУ, 2007. – 127 с.
- 3) Шапиро С.А.: Организационная культура : учебник / С.А. Шапиро. — М. : КНОРУС, 2016 — 256 с. — (Бакалавриат).

УДК 614.1

ПРОБЛЕМА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ВЫБОРА МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНОЙ

Алтынова Дарья Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Иванов Алексей Сергеевич*

Качество медицинских услуг – важная составляющая качества жизни в целом по стране или отдельно взятому региону. Оно складывается из таких показателей, как своевременность их оказания, правильность выбора методов их оказания, результат оказания услуг [1]. На качество предоставляемых медицинских услуг влияет в том числе и соотношения государственных и частных медицинских учреждений.

Медицинская помощь населению – неотъемлемая функция государства, поэтому медицинские услуги не могут быть предметом только коммерческого интереса. Отрасль здравоохранения лимитируется врачебной этикой, правом пациента на оказание бесплатной медицинской помощи и строгим государственным контролем качества оказываемых услуг.

Бизнес в здравоохранении – это социально-ориентированное предпринимательство, направленное на совершенствование системы здравоохранения в стране в целом или отдельно взятом регионе за счет собственных кредитных средств [2].

На данный момент частный сектор в здравоохранении развивается достаточно быстро, частные медицинские учреждения нередко заменяют бесплатную медицинскую помощь. В качестве причины распространения частного здравоохранения можно назвать неспособность государства удовлетворить потребности людей во врачебной помощи в силу недостаточности ресурсов и неспособность эффективно организовывать процесс оказания медицинских услуг [3].

Частная медицина – это платная медицина. Однако, пациент нередко платит деньги за оказание медицинских услуг и в государственных поликлиниках. Согласно статистике в структуре платных услуг в сфере здравоохранения частные медицинские учреждения занимают не более 25 %, остальные 75 % приходятся именно на государственную медицину. Как результат, именно в государственных медицинских учреждениях происходит нарушение главного правила государственной медицины – гарантированной бесплатной медицинской помощи населению [2]. Тем не менее, общественное мнение ассоциирует частную медицину с дороговизной оказания услуг, тем самым предпочитая обращаться в государственные поликлиники и больницы. Согласно социологическим данным, в 2013 году в частные клиники обращались за помощью 39% населения, в государственные 72 %, в 2014 году 47% и 77% соответственно. [4]

Для исследования проблемы потребительского выбора между государственной и частной медициной был проведен опрос среди пользователей социальных сетей, касающийся проблемы выбора между государственной и частной медициной. В опросе приняло участие 107 человек с возрастной категорией от 16 до 65 лет. Респондентам были заданы следующие обязательные вопросы: «В медицинские учреждения какой формы собственности Вы обратитесь в случае необходимости?», «Почему Вы предпочитаете обращаться в государственное медицинское учреждение?», «Почему Вы предпочитаете обращаться в частные медицинские учреждения?», «Почему Вы не обращаетесь в частные учреждения» и «Почему на Ваш взгляд страдает качество медицинских услуг, предоставляемых в частных учреждениях?». Так 72% предпочитают обращаться в государственные медицинские учреждения, среди них 58,9 % аргументирует обращение в государственные учреждения тем, что медицинские услуги стоят дешевле, чем в частном учреждении или бесплатны. Так же среди причин обращения граждан в государственное учреждение можно назвать: желание посетить проверенного специалиста, услугами которого респондент пользуется достаточно долгое время (15%) и выгодное территориальное расположение государственного учреждения (8,4%). Около 10% опрошенных выбрали категорию стараюсь не обращаться в государственное медицинское учреждение или обращаюсь крайне редко. Гораздо больший разброс во мнениях респондентов наблюдался при ответе на вопрос о причинах посещения частных учреждений: 34% опрошенных считают, что сервис в частных учреждениях гораздо выше, а необходимые им услуги оказываются быстрее; 16% считают, что качество медицинских услуг в частных учреждениях выше, чем в государственных; 12% посещают частные учреждения, из-за отсутствия нужного им специалиста в государственном учреждении. Также среди причин посещения частного медицинского учреждения респонденты назвали наличие ДМС, отсутствие очередей, наличие системы скидок и акций, простоту записи на прием к необходимому специалисту. Если говорить о причинах не обращения в частные учреждения, то 78,4% опрошенных считают услуги частных учреждений слишком дорогими, для 10% государственное учреждение более выгодно расположено, а 6,2% не доверяют качеству оказываемых услуг. Около 50% опрошенных полагают, что качество медицинских услуг в частных учреждениях страдает по причине того, что частные медицинские учреждения не лечат, а только взимают плату за оказание медицинских услуг; 24,7% опрошенных считает, что медицинскому персоналу в частных учреждениях не хватает квалификации; 5,2% полагает, что качество страдает из-за

отсутствия оборудования. Остальная часть респондентов не считает, что в частных медицинских учреждениях страдает качество предоставляемых услуг.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что респонденты отдают приоритет государственной медицине, аргументируя это стоимостью услуг. Основными же причинами обращения в частное учреждение являются лучший сервис и отсутствие необходимого специалиста в государственном учреждении, а также недоверие потребителей к качеству предоставляемых медицинских услуг и к квалификации медицинского персонала. Поэтому среди основных путей привлечения клиентов в частные учреждения является пересмотр ценовой политики, возможно за счет внедрения выгодных систем скидок, акций, корпоративных карт, а также контроль за квалификацией медицинского персонала.

Частные медицинские учреждения вносят значительный вклад в обеспечение населения медицинской помощью, но бурное развитие бизнеса в здравоохранении не должно вытеснять государственные учреждения. Поэтому, многим государственным учреждениям следует, во-первых, реорганизовать процесс предоставления услуг (работать над проблемой устранения очередей, упрощения процедуры записи), во-вторых, более ответственно подходить к процедуре поиска сотрудников, так как в государственных поликлиниках часто отсутствуют узкоспециализированные специалисты.

Таким образом, основные критерии выбора между государственной и частной медициной – это качество медицинских услуг, территориальное расположения медицинских учреждений, наличие определенного специалиста и стоимость предоставляемых услуг.

Список литературы:

1. Швец Ю.Ю. Влияние соотношения частного и государственного секторов в системе здравоохранения на качество предоставляемых медицинских услуг. – Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: экономика и право. – 2017. – № 2. – С. 44-48.

2. Алексеева Н.С. Неучтенные риски предпринимательства в здравоохранении России// ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 3. – С. 123-128.

3. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов /Под ред. А.И. Вялкова. – 3-е издание. – 2009. - 664 с.

4. Взгляд на перспективы развития рынка частных медицинских услуг в РФ за 2015-2017 гг. Аналитическое исследование КПМГ. [Электронный ресурс]/Код доступа: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/ru/pdf/2017/03/ru-ru-research-on-development-of-the-private-medical-services-market-v1.pdf>

УДК 61:338.24:616.1

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Архипова Елена Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель *Ситникова Светлана Евгеньевна*

В настоящее время проблема внедрения лекарственных препаратов актуальна как никогда, ведь наука движется вперед, а следовательно, появляются новые препараты, которые могут помочь людям. Внедрение лекарственных препаратов - процесс долгий и дорогостоящий. От изобретения какого-либо препарата до получения его конкретным пациентом пройдет несколько лет.

Можно выделить две проблемы, которые препятствуют внедрению лекарственных препаратов – это их регистрация и доступность сырья. Рассмотрим их подробнее.

Регистрация и внедрение лекарственных препаратов регулируется следующими нормативными правовыми актами [1]:

1) Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 (с изм. и доп., вступил в силу с 01.01.2017);

2) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 ноября 2011 г. N 1413н «Об утверждении Методических рекомендаций по содержанию и оформлению необходимых документов, из которых формируется регистрационное досье на лекарственный препарат для медицинского применения в целях его государственной регистрации»;

3) Приказ от 26 августа 2010 г. N 750н «Об утверждении правил проведения экспертизы лекарственных средств для медицинского применения и формы заключения комиссии экспертов» (с изм. и доп. от 13 декабря 2012 г., 3 апреля 2014 г.).

Для того чтобы зарегистрировать препарат, ему требуется пройти четыре стадии:

1. Составление регистрационного досье, включая документы, необходимые для начала клинического исследования, и сдача досье в Минздрав России.

2. Получение разрешения на проведение клинического исследования и его проведение в РФ.

3. Экспертиза качества лекарственного препарата и экспертиза отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата, осуществляемые после проведения его клинического исследования:

а) контроль качества препарата в лаборатории ФГБУ НЦЭСМП и утверждение нормативного документа;

б) экспертиза отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения и утверждение Инструкции по медицинскому применению препарата.

4. Принятие решения Минздрава России о регистрации препарата, его включения в Государственный реестр лекарственных средств и выписка регистрационного удостоверения.

Регистрация препарата, требующего клинические испытания, занимает не менее 18 месяцев, не требующего клинического испытания – не менее 9 месяцев. Только на получение разрешения на проведение клинического испытания требуется 4 месяца, на его проведение – 12 месяцев.

Для законодательства это нормальный срок. Все и так уже сокращено. Но вот для человека, которому этот препарат необходим, ждать некогда. Да и ждать, может, будет некому. К примеру, в России не прошли регистрацию некоторые препараты для людей, больных эпилепсией. Запрещены, конечно, не все препараты, но переход от одного лекарства к другому может вызвать срыв ремиссии, что явно не поможет пациенту.

Сократить время проведения клинических испытаний невозможно, но, вероятно, можно упростить первый и четвертый этапы, когда ведется работа только с документами.

Безусловно, упрощать всю процедуру регистрации лекарственных препаратов нельзя, ведь на рынок могут попасть препараты, которые нанесут больше вреда, чем пользы. Определенно, клинические испытания – это самая важная часть регистрации. Но также самая длительная. Как же быть, если препарат уже помогает пациенту, а его запрещают? В 2014 году в силу вступил закон, который запрещал в Россию ввоз лекарств, не прошедших регистрацию [2]. Люди не могли приобрести препарат, заказать его, потому что это грозило большим штрафом. Теперь можно выехать за границу и купить лекарство только для себя, но лишь немногие действительно делают это.

Таким образом, проблема регистрации лекарственного препарата остается одной из главных при внедрении инновационных препаратов.

Наряду с регистрацией может возникнуть еще одна проблема – нехватка сырья. К примеру, иммунодепрессивный препарат азатиоприн, который применяют при лечении неспецифического язвенного колита, не производится в России по причине нехватки сырья. Сколько больных не смогут получить помощь из-за отсутствия сырья для производства нужных лекарств! Можно предположить, что случай с азатиоприном не единичный.

Итак, в России определенно существуют проблемы, связанные с внедрением инновационных препаратов.

Что делать нам, гражданам России? Нам, студентам медикам? Нам, будущему медицины? Мы должны сделать все возможное, чтобы упростить процедуру регистрации препаратов, как зарубежных, так и российских, сделать доступными препараты для людей, которые в этом нуждаются. Потому что мы - граждане Российской Федерации, и мы можем изменить здравоохранение России в лучшую сторону.

Список литературы

1. <http://pharmareg.ru/content/view/13/30/>
2. <http://sib-epileptolog.ru/lechenie-epilepsii/zapret-na-vvoz-lekarstv/>

УДК 378.661:001.5

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ КАК
ПРЕДПОСЫЛКА УСПЕШНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ БУДУЩИХ ИННОВАЦИЙ В
МЕДИЦИНЕ**

Бабкин Александр Алексеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., д.соц.н, проф. *Деларю Владимир Владимирович*

В настоящее время врачи, с одной стороны, отмечают острую востребованность здравоохранения в разработках и внедрениях отечественных инновационных технологий, а с другой стороны, проявляют пассивность в их разработках и внедрениях [1]. Естественно, что подобная ситуация формировалась на протяжении многих лет и её принципиальное изменение предполагает решение многих вопросов. В частности, актуально изменение отношения самих специалистов и, в данном контексте, широкое участие студентов в научно-исследовательской работе в процессе обучения в высших учебных заведениях [2, 3]. В «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р) акцентируется необходимость развития молодежной науки и инноваций; в приказах Министерства образования и науки РФ об утверждении федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования, особенно уровней магистратуры и специалитета, среди видов профессиональной деятельности освоивших соответствующую программу выпускников, указывается научно-исследовательская деятельность с конкретизацией требуемых компетенций.

Исходя из вышеизложенной проблемной ситуацией в апреле 2017г. было проведено анонимное анкетирование 147 студентов, обучающихся по специальности «клиническая психология» в ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; студентов 1-го курса было 26 человек (17,7%), 2-го курса - 30 (20,4%), 3-го - 29 (19,7%), 4-го - 26 (17,7%), 5-го курса - 36 человек (24,5%).

О наличии у себя интереса к научной деятельности чаще всего отвечали студенты 1-го и 2-го курсов (57% и 50% соответственно), в последующем количество проявляющих интерес к данной деятельности студентов уменьшалось – 35% на 3-м курсе, 38% – на 4-м и 19% - на 5-м курсе. Соответственно, об отсутствии интереса к научной деятельностью на 1-м курсе высказались всего 4%, а на следующих курсах количество студентов с подобным отношением только увеличивалось: на 2-м курсе их было 10%, на 3-м – 14%, на 4-м – 23% и на 5-м – 33%. Также стоит отметить, что достаточно большое количество респондентов (39-51%) не смогло дать четкого ответа на этот вопрос.

Аналогичная негативная тенденция проявилась и в ответах на вопрос о желании самим активно заниматься научной деятельностью. Чаще всего данная позиция (желание активно заниматься) встречалась у студентов 1-го курса (36%); затем количество подобных

студентов уменьшалось: на 2-м курсе об этом высказались 13%, на 3-м – 10%, на 4-м – 12% и на 5-м составило всего 3%. Естественно, что прямо противоположная динамика наблюдалась относительно не желающих заниматься научной деятельностью - их количество с каждым курсом росло - 11%, 23%, 31%, 45% и 44% соответственно. Затруднившихся ответить было 43-64%.

Опыт выполнения научно-исследовательской работы имели 22-30% студентов; исключение составил 4-й курс, где таких учащихся было 42%. Естественно, что при этом студенты, особенно младших курсов (1-го и 2-го), учитывали свои выступления (и публикации) во время обучения в старших классах общеобразовательных школ, гимназий, лицеев или колледжей, т.е. на довузовском этапе.

Вышеизложенное свидетельствует о недостаточно активном участии студентов в научно-исследовательской работе; соответственно, правомерно прогнозировать и их пассивное отношение в будущем к внедрениям инновационных технологий. В этой связи большое значение имеет позиция преподавателей вуза, которые сами должны активно заниматься научно-исследовательской деятельностью и добиваться того, чтобы ею занимались все студенты, а не только отдельные их представители.

Список литературы

1. Апухтин А.Ф., Деларю В.В., Егоров В.Н., Прочная Е.Л. Мнения врачей о разработках и внедрениях отечественных инновационных технологий в здравоохранении // Социология медицины. - 2010. - № 2 (17). - С.28-30.
2. Апухтин А.Ф. Внеаудиторная изобретательная деятельность студентов медицинского вуза // Инновационные технологии в науке и образовании. – 2016. - № 3 (7). – С.144-146.
3. Материалы XIII Съезда молодежных научных обществ медицинских и фармацевтических вузов России и стран СНГ – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2016. – 296 с.

УДК 61:338.24:616.1

ПЕРЕДОВЫЕ ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ПРИЧИНЫ, СДЕРЖИВАЮЩИЕ ИХ ВНЕДРЕНИЕ

Батырова Диана Артуровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель *Ситникова Светлана Евгеньевна*

Современная медицина постоянно демонстрирует миру свои изобретения, инновации и новинки. Они создаются для того, чтобы облегчить работу практикующих врачей и жизнь их пациентов. Проблема инноваций на современном этапе развития российской экономики в ряде отраслей является ключевой. Передовые инновационные технологии в области медицины могли бы способствовать качественному прорыву в системе здравоохранения и совершенствованию доступности медицинской помощи. Модернизация системы здравоохранения – вопрос первостепенной важности для государства.

Медицина развивается очень быстро, и достижения в области медицинской науки и техники значительно изменили нашу жизнь. Научные исследования, высокотехнологичное оборудование и инновационные устройства сделали возможным многие из тех вещей, которые совсем недавно казались нереальными. В 2017 году представлены следующие технологии, которые помогут улучшить здоровье человечества [1].

1. Кишечные бактерии и их использование для профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Бактерии в нашем организме – как и соединения, которые они высвобождают – влияют на переваривание пищи и развитие определенных болезней. Биотехнологические компании, которые когда-то были сосредоточены на геноме, теперь активно исследуют потенциал кишечных бактерий, разрабатывая новые методы

использования пробиотиков для предотвращения опасного для здоровья кишечного дисбаланса.

2. Новые препараты для лечения диабета. Половина пациентов с сахарным диабетом 2 типа умирают от осложнений, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Но теперь, благодаря новым препаратам, шансы диабетиков дожить до своего 65-го дня рождения выросли на 70%. Эти средства снижают прогрессирование болезни сердца, оказывая комплексный эффект на многие органы. Учитывая эти положительные результаты, эксперты прогнозируют значительные изменения в составе лекарств, выписываемых для больных сахарным диабетом, а также волну новых исследований, ориентированных на сахарный диабет 2 типа и сопутствующие ему заболевания.

3. Клеточная иммунотерапия. Ученые разработали клеточную иммунотерапию, при помощи которой иммунные Т-клетки пациента удаляются и генетически перепрограммируются, чтобы искать и уничтожать раковые клетки. Данный новаторский метод лечения показал впечатляющие результаты при лечении лейкемии и неходжкинской лимфомы. Считается, что клеточная иммунотерапия однажды сможет заменить химиотерапию и спасти тысячи жизней без побочных эффектов.

4. Жидкая биопсия. Тест, известный как «жидкая биопсия», способен выявлять признаки циркулирующей ДНК опухоли, которой содержится в кровотоке в 100 раз больше, чем самих опухолевых клеток. «Жидкая биопсия» преподносится в качестве ведущей технологии для диагностики рака, и, хотя исследования на эту тему еще продолжаются, годовой объем продаж этого революционного теста, согласно прогнозам, составит 10 миллиардов долларов. Некоторые фармацевтические компании уже разрабатывают наборы для тестирования, чтобы как можно скорее выйти с ними на рынок.

5. 3D-визуализация и дополненная реальность. Хирурги обычно полагаются на специальные камеры, которые помогают им проводить операции. Однако итог работы и возможность выполнять самые точные задачи также, как правило, зависят от собственных глаз медика и интерпретации полученной информации. Тем не менее, периферическое зрение человека ограничено, а мышцы спины и шеи бывают напряжены во время работы. Чтобы решить эту проблему, ученые начали экспериментировать с технологией 3D-визуализации и дополненной реальности, объединяющей реальный и виртуальный мир. Разработанные стереоскопические системы позволяют создавать визуальные шаблоны для хирургов, помогая им выполнять определенные задачи. Отмечается, что данная технология обеспечивает дополнительный комфорт и дает возможность хирургам более эффективно работать.

Инновационные проекты в медицине – будущее здравоохранения. Инновационный бизнес – одна из главных сфер интересов предпринимателей. В России инновационные разработки в медицине являются чрезвычайно важной темой и входят в одну из задач концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [2].

Именно фундаментальные исследования и открытия фундаментального значения дают наибольший инновационный эффект, позволяют получить инновации прорывного уровня, вывести технологии на принципиально новую ступень, то есть инновации, с которых начинается новый этап технологического развития производства.

В российской системе здравоохранения инновационные методы диагностики и лечения используются недостаточно широко. Отделения медицинских учреждений часто оборудованы физически и морально устаревшими оборудованием. На данный момент наша страна значительно отстает по уровню оснащенности надлежащим оборудованием от стран с развитой инфраструктурой в медицине.

Применение инновационных методов диагностики и лечения – это дорогостоящий процесс. Центральной проблемой, возникающей на этапе применения нового медицинского оборудования, является его частичное использование или простой, которые происходят вследствие таких причин, как:

- 1) недостаток денежных средств на поддержание работы нового оборудования;
- 2) отсутствие необходимых специалистов;
- 3) отсутствие нормативов планирования внедрения медицинских технологий и финансирования оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4) несвоевременность поставок расходных материалов.

Таким образом, оказание доступной квалифицированной инновационной медицинской помощи населению возможно лишь при условии преодоления проблем внедрения и применения инноваций в здравоохранении. Также необходим постоянный поступательный процесс обновления медицинских технологий и лечебных субстанций, который обеспечивал бы рост результативности лечения и профилактики, требующий создания и соразмерного финансового обеспечения целевых научных программ по приоритетным направлениям развития медицины и здравоохранения.

Список литературы

1. 10 инновационных медицинских технологий 2017 года
<http://healthvesti.com/articles/201778914/10-innovacionnyx-medicinskix-texnologij-2017-goda.html>
2. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. -
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/28c7f9e359e8af09d7244d8033c66928fa27e527/

УДК 330:661.12

СЛИЯНИЯ И ПОГЛОЩЕНИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ КАК РЕЗУЛЬТАТ ИЗМЕНЕНИЯ МАРКЕТИНГОВОЙ ПОЛИТИКИ КОМПАНИИ

Гончарова Александра Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Евстратов А.В.*

Маркетинговая деятельность компании связана с изучением существующего спроса и оценкой конкурентоспособности участников фармацевтического рынка. Повышение конкурентоспособности компании приводит к изменению уровню концентрации участников рынка, что в конечном счете, приводит к процессам слияний и поглощений. Специфика фармацевтического рынка состоит в том, что его традиционно относят в категорию рынков с высоким уровнем социальной значимости. Среди исследователей, которые занимались изучением процессов слияний и поглощений компаний на фармрынке необходимо выделить таких как: А.И. Балашов, А.А. Бобина, Е.В. Болдырева, И.Г. Владимирова, С.В. Гвардин, Р.Р. Ишкулова, А.С. Орлов, С.В. Подцикина, Н.Б. Рудык, Е.Е. Чупандина и др.

По оценкам международной аналитической компании «Evaluate Pharma», в 2016 году объем мирового фармрынка достиг 1125 млрд долларов США. Положительная динамика мирового фармрынка обусловлена, главным образом, продолжающимся динамичным ростом крупнейшего рынка – рынка США. В 2015 году его объем увеличился на 6% и достиг 413 млрд долларов США. Основным фактором влияния на данный тренд стал небывалый рост цен на лекарственные средства – в среднем, в 2015 году, рост уровня цен составил 12,3%. Проведя анализ сделок по слияниям и поглощениям компаний на мировом фармацевтическом рынке, автором были выделены наиболее крупные сделки (стоимостью более 5 млрд долларов США). В табл.1 представлены данные по сделкам слияний и поглощений на мировом фармацевтическом рынке в период 2000-2016 гг.

Таблица 1

Слияния и поглощения на фармацевтическом рынке в 2000-2016 годах

Год	Компания- покупатель	Объект покупки	Стоимость сделки, млрд\$ США
2000	Glaxo	SmithKline	74
	Pfizer	Warner-Lamberts	88
2003	Pfizer	Pharmacia	61
2004	Sanofi	Aventis	66
2007	Astra-Zeneca	Medimmune	15,6
	Schering-Plough	Organon	11
	MerckKgaA	Serono	10,6
2008	Novartis	Alcon	10,4
2009	Roche	Genentech	46,8
	Pfizer	Wyeth	68
	Merck&Co	Schering-Plough	41
2012	Bristol-Myers Squibb Astra-Zeneca	Amylin Pharmaceuticals	7
	Gilead Sciences Inc	PharmassetInc	11,2
2014	Actavis	Allergan	66
2015	Teva	Allergan generics	41
2016	Shire	Baxalta	32,03
	AbbVie	Stemcentrx	9,80
	Mylan	Meda	7,20
	Pfizer	AnacorPharmaceuticals	5,20

В 2015 году на мировом фармацевтическом рынке самой крупной сделкой явилось соглашение компаний «Teva» и «Allergan generics business» на общую сумму 41 млрд. долларов США. Приобретение портфеля активов другой американской компании «Allergan» стало значимой сделкой для компании «Pfizer» [2]. Сумма сделки оценивалась примерно в 160 млрд. долл. США. Но, эта сделка сорвалась, и компания «Pfizer» отказалась от программы слияния с ирландской компанией «Allergan», отменив сделку стоимостью 160 млрд. долларов США [3]. О своих намерениях компании объявили в ноябре 2015 года, планируя закрыть сделку примерно за полгода, при этом штаб-квартиру новой фирмы «Pfizer Plc» было решено перенести в Ирландию, известную в качестве одной из излюбленных «налоговых гаваней» американских концернов. Сделка вызвала интерес финансовых властей США, а в апреле Минфин ввел новые правила в отношении подобных сделок. В частности, при объединении американской фирмы с иностранным игроком новая компания обязуется платить налоги в США, если на ее американский бизнес приходится более 80% суммарной стоимости. Через три дня после введения ограничений «Pfizer» расторгла сделку, заплатив неустойку в размере 150 млн. долларов США.

Как и ожидалось ранее, в 2016 году продолжилась активность фармацевтических производителей и биотехнологических компаний в сделках по слияниям и поглощениям. Наиболее крупной сделкой за 2016 год считается соглашение о приобретении компанией «Shire» компании «Baxalta» за более чем 32 млрд. долларов США (табл. 1). Закрытие данной сделки состоялось в июне 2016 года. Ожидается, что объединенная компания станет крупнейшей в мире в сфере лечения пациентов с редкими заболеваниями.

Второй, наиболее значимой M&A-сделкой 2016 года считается соглашение о приобретении «AbbVie» компании «Stemcentrx» за 9,8 млрд. долларов США, о котором было объявлено в апреле 2016 года. По состоянию на 19 июля 2016 года данная сделка была закрыта. Соглашение позволило «AbbVie» пополнить в свой продуктовый портфель перспективного кандидата в препараты «Ровалпитузумабтезирина», предназначенного для терапии мелкоклеточного рака легкого. Необходимо отметить, что средняя сумма сделок по слияниям и поглощениям в первом полугодии 2016 года снизилась по сравнению с

аналогичным периодом 2015 года, что неудивительно, учитывая снижение активности фармацевтических компаний в М&А-сфере.

Таким образом, в результате изучения процессов слияний и поглощений на фармацевтическом рынке, автором было выявлено, что данные процессы являются закономерным результатом изменения маркетинговой политики компании, связанной с повышением уровня конкурентоспособности и сокращением издержек. Было установлено, что сделки слияний и поглощений представляют собой сложный и дорогостоящий процесс. Успешные М&А-сделки возможны с учетом основных стратегических направлений развития фарминдустрии в долгосрочной перспективе. Лидерство на фармацевтическом рынке будет принадлежать тем компаниям, которые будут способны распознать открывающиеся перспективы и возможности для своего развития ранее, чем это смогут сделать их основные конкуренты.

Список литературы:

1. Гончарова А.Е. Изучение мирового опыта слияний и поглощений на фармацевтическом рынке / А.Е. Гончарова // Актуальные вопросы экономики и управления: материалы IV международной научной конференции (г. Москва, июнь 2016 г.). – М.: Буки-Веди, 2016. – С.49-52.
2. Евстратов, А.В. Специфические особенности процессов слияний и поглощений на фармацевтическом рынке Российской Федерации / А.В. Евстратов, В.С. Игнатъева // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2017. – № 7 (202). – С. 25-32.
3. Евстратов, А.В. Слияния и поглощения на фармрынке: предвестник кризиса или платформа для роста [Текст] / А.В. Евстратов, В.С. Игнатъева // Новая аптека. – 2017. – № 7. – С. 50-53.
4. Халатян, С.Г. Факторы и перспективы развития региональных фармацевтических дистрибьюторов в современных условиях: логистический аспект / С.Г. Халатян // Вестник Ростовского государственного экономического университета (РИНХ). – 2016. – сентябрь. – №3 (55).
5. Евстратов, А.В. Слияния и поглощения компаний на фармацевтическом рынке: мировой опыт и российская специфика: монография / А.В. Евстратов, А.М. Измайлов; ВолГТУ. – Волгоград, 2016. – 156 с.

УДК 65.012.7

СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ПО ДАНЫМ ОБЗОРА ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

Доника Елизавета Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный социально-педагогический университет
Научный руководитель: д.социол.н. *Доника Алена Димитриевна*

Актуальность. Введение в правовое поле понятия «медицинская услуга» Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323 ФЗ от 2011 г.), де-юре закрепило интеграцию маркетинга в систему здравоохранения России. Согласно представлениям современной цивилистики, услугами называются действия, результаты которых неотделимы от самой деятельности и *потребляются* в процессе этой деятельности. Таким образом, пациент становится потребителем медицинских услуг, изменяется его социальная роль и меняется его отношение к системе здравоохранения. В развитых западных странах и США этот процесс социальной трансформации произошел значительно раньше.

Цель работы. В связи с этим представляет интерес анализ англо-американских источников литературы по данной проблеме, что и инициировало данное исследование. Мы провели анализ социологических исследований американских и британских ученых с целью выявления их отношения к потребительскому подходу в системе здравоохранения.

Полученные результаты. Согласно полученным результатам интеграция маркетинга в систему здравоохранения и потребительский подход к предоставлению медицинских услуг, по мнению многих западных ученых, представляет собой угрозу для профессионального статуса врачей [1]. «Потребительство» ассоциируется с понятиями жадности и манипуляциями, совершенно противоположным обычно ожидаемым по отношению к системе здравоохранения населением понятиям «эмпатия» и «сочувствие», связанных с «заботой». Считается, что в Великобритании, из-за доминирующей роли национальной системы здравоохранения эта проблема не так актуальна. Это контрастирует с США, где «потребительское здравоохранение» связано с текущими раундами реформ здравоохранения [5]. Это следует за американской реакцией против «управляемого здравоохранения», где страховые компании, а не отдельные лица, управляют здравоохранением. Хотя, с точки зрения европейской социальной модели здравоохранения, может показаться, что система здравоохранения в США всегда была более ориентированной на клиента, но тенденция последних нескольких десятилетий показали обратное. В этом смысле, по крайней мере, модель США имеет некоторое сходство с Великобританией и Россией в том, что пациент не является пользователем, который непосредственно платит за лечение.

Разница в отношении к потребительству в сфере здравоохранения между США и Великобританией обусловлена тем, что нормирование здравоохранения принимается как ключевая часть системы здравоохранения Великобритании. То есть, причины, по которым США тратят вдвое больше своего ВВП на здравоохранение, чем Великобритания, связаны с тем, что существуют больше ограничений на расходы в последней. Кроме того, частный сектор здравоохранения в Великобритании был создан для сокращения времени ожидания пациентов, т.е. пациенты могут «выкупить себя» из ситуации нормирования.

Кроме того, в Великобритании сохраняется осторожное отношение к маркетингу в секторе здравоохранения. Профессионалы указывают на страх, что даже упоминание слова «маркетинг» может поставить под угрозу идеалы системы национального здравоохранения (NHS). Среди общественных организаций Великобритании распространено мнение, что маркетинг - это деятельность, которая создает небольшую ценность для потребителей медицинских услуг в рамках NHS. «Менеджеры NHS чувствительны к общественному мнению и пациенты могут почувствовать, что деньги, потраченные на маркетинг, - это деньги, не потраченные на моющих палаты» [2]. Этот маркетинг считается недостойным NHS, в сфере здравоохранения маркетологам приходится сталкиваться с критикой принятия решений на чисто коммерческой основе, которые имеют глубокие социальные последствия. Именно это привело к появлению термина «социальный маркетинг», который был определен как «систематическое применение маркетинга наряду с другими концепциями и методами для социального блага» (Национальный центр социального маркетинга, 2007).

Сочетание слов «социальный» и «маркетинг» в одном предложении само создает проблемы для тех, кто считает социальные факторы несовместимыми с коммерчески ориентированным подходом к маркетингу [3]. Такие гибридные подходы широко используются общественными организациями и компаниями по поведенческим изменениям населения, например, отказ от курения, где убедительные маркетинговые подходы оказались действительно эффективными и привели к изменению законодательства.

Концепция маркетинга медицинских услуг гораздо шире используется и принимается в США. Например, Центр по контролю и профилактике заболеваний при Правительстве США, в частности, использует термин «маркетинг здоровья». Агентство по охране здоровья использует еще более общие фразы, такие как коммуникация в области здравоохранения. Официальное определение маркетинга в области здравоохранения выглядит следующим

образом: «Маркетинг в области здравоохранения включает в себя создание, передачу и доставку информации и вмешательств с использованием ориентированных на клиента и научно обоснованных стратегий по защите и укреплению здоровья различных групп населения...». (Центр контроля и профилактика заболеваний, 2006 г.).

«Маркетинг здоровья» определяется как коммерческий маркетинг, в сочетании с научными исследованиями в области здравоохранения, направленный на улучшение здоровья населения. Определенным лукавством является то, что социальный маркетинг игнорирует два фундаментальных вопроса. Во-первых, ресурсы, доступные для маркетинга общественного здравоохранения, ограничены. Как отметил чиновник здравоохранения Великобритании, что научно обоснованные выводы, полученные в таких исследованиях превосходят ресурсы для реализации их результатов [4]. Определение «маркетинга здоровья» связано с изменением поведения населения, будь то поощрение лучших привычек питания (пищевого поведения) или отказ от курения. Хотя правительственная спонсорская медицинская информация обозначается как пропаганда, сами британские социологи отмечают, что маркетинг в сфере здравоохранения частными фирмами вездесущ.

Выводы. Таким образом, анализ проведенного обзора англо-американских источников литературы по рассматриваемой проблеме показал неоднозначное отношение в западном обществе к интеграции маркетинга в национальные системы здравоохранения. По нашему мнению, это необходимо учитывать в реформировании национальной системы здравоохранения России, не копировать западные апробированные схемы, игнорируя ментальные ценности и национальные традиции.

Список литературы:

1. Evans, D., 2004. Introduction. In D. Evans & P. Cruse, eds. Emotion, evolution and rationality. Oxford: Oxford University Press, pp. 272-274
2. Hudson, R., 2011. NHS attitude to marketing. Kane and Morrison [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.kaneandmorrison.com/2007/nhs-attitude-to-marketing>
3. Jesson, J., 2007. Creating a demand for better health by using social marketing techniques. The Pharmaceutical Journal, 278 (7458), pp. 776-777
4. Lefebvre, R., 2009. What the heck is health marketing? On Social Marketing and Social Change, [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://socialmarketing.blogs.com/r_craig_lefebvres_social/2006/08/what_the_heck_i.html
5. Scandlen, G., 2009. Consumer-Driven Health Care: Just A Tweak Or A Revolution? Health Affairs, 24(6): 1554-1558

УДК 338.28

СОДЕРЖАНИЕ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Капитонова Анна Олеговна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Кукина Елена Николаевна*

Сегодня инновации в здравоохранении востребованы как никогда ранее. Роль инновационного развития сферы медицинских услуг трудно переоценить – доступность современных медицинских технологий, лекарственных препаратов и медтехники напрямую влияет на продолжительность и качество жизни населения. Доступность подразумевает равный доступ независимо от места проживания и регистрации ко всем видам медицинских услуг всех граждан страны [1].

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации (РФ) на период до 2020 года необходимым условием сырьевой независимости и конкурентоспособности страны является переход от сырьевой модели развития к экономике

инновационного социально ориентированного типа [3]. Одним из основных системообразующих факторов, определяющих эффективное функционирование здравоохранения, является развитие его инфраструктуры и ресурсное обеспечение, включающее финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов.

Инновационный процесс в здравоохранении представляет собой последовательную цепь событий, в результате которых инновация превращается из идеи в конкретный продукт, технологию или услугу и распространяется в практическом использовании для достижения общемедицинских целей.[2] Инновационный процесс включает в себя 6-8 стадий, в зависимости от отрасли и специфики предприятия. Для медицинских организаций обычно выделяют 8 основных стадий:

1. Инициация инноваций, являясь входом для всего инновационного процесса, включает в себя наибольшее количество важных работ.

2. НИОКР как процесс создания интеллектуального продукта включает в себя предмет и объект исследования.

3. Маркетинг – по существу данный процесс является определяющим для проектирования следующих стадий цикла инноваций. Однако работы и инструменты данного процесса функционируют в ходе всего цикла инновационной деятельности.

4. Стадия становления будущего производства – на данной стадии реализуются ОКР и создаются опытные образцы медицинских технологий.

5. Производство инновационного продукта (оказание услуги) – мелкосерийное, серийное и массовое производство.

6. Коммерциализация инноваций – реализация инноваций, основанная на продаже инновационных медицинских продуктов и технологий.

7. Продвижение инноваций – распространение новых медицинских продуктов и услуг среди партнеров (поликлиник и других медицинских организаций) и населения.

8. Оценка эффективности – предполагает формирование постоянного мониторинга на базе сформировавшихся инноваций, целью которого является создание или усовершенствование функционирующей технологии или продукта.

Этапы реализации инновационного процесса в медицинских организациях представлены на рисунке 1.

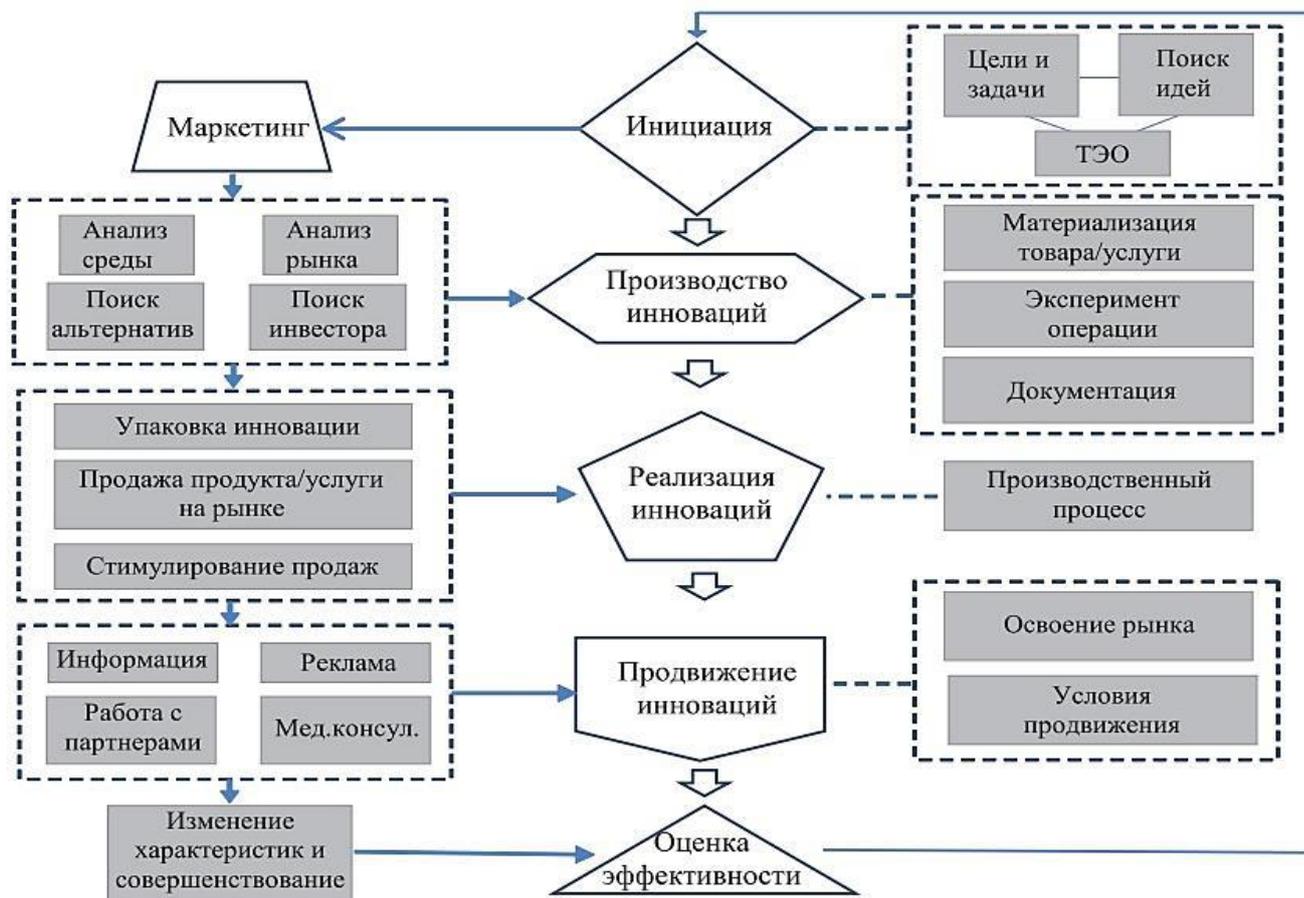


Рис 1. Этапы реализации инновационного процесса в здравоохранении

Все процессы в экономике имеют начало, движение вперед и окончание. Потребности людей меняются по мере того, как они переходят от одного этапа жизни к другому. Точно также любые товары и услуги, в том числе и в сфере здравоохранения, проходят через ряд стадий, которые в совокупности представляют собой определенный цикл. Инновационная структура (цикл) развития системы здравоохранения включает в себя единство медицинской науки, развитие системы непрерывного медицинского образования, международное партнерство с ведущими странами и научными центрами, охрану интеллектуальной собственности, развитие государственно-частного партнерства, создание целевых межведомственных медицинских научных программ (рисунок 2).



Рис. 2. Составляющие инновационной структуры здравоохранения

Таким образом, инновационный процесс в здравоохранении является последовательной цепью определенных шагов, которые должны привести новаторов от создания идеи к разработке инновационного продукта или услуги. Это, в свою очередь, объединяет систему здравоохранения с бизнесом, у которых появляются общие интересы в достижении поставленных целей.

Список литературы

1. Жданкин Н. А. Инновационный менеджмент / рецензент: д.э.н. проф. В. И. Чалов. — М.: КноРус, 2017. — 362 с
2. Инновационное развитие : экономика, интеллектуальные ресурсы, управление знаниями. – М. : ИНФРА-М, 2010. - 624 с.
3. Распоряжение Правительства РФ от 6 марта 2015 г. № 373-р Об утверждении плана реализации в 2015 - 2016 г.г. Стратегии инновационного развития РФ на период до 2020 г.

УДК 65.012.7

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ

Киравосян Гегам Агасиевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: к.э.н. *Соболев Александр Витальевич*

Будущее здравоохранения в решающей степени зависит от характера и темпов изменений в медицинских технологиях. На протяжении XX в. технологические открытия привнесли существенные изменения в медицину. Их роль очевидна: новые технологии профилактики, диагностики и лечения позволяют избегать хирургического вмешательства,

сокращать период восстановления, снижать риски нежелательных последствий лечения и т. д.[1]

Высокая скорость появления новых открытий в области медицины связано ещё и с большим количеством энтузиастов, которые трудятся не только ради денег, но и чтобы облегчить жизнь людей, сделать ее лучше. Кроме этого у медицины нет какого-то одного определенного направления, а сама наука весьма и весьма разнообразна. Поэтому, какими бы многочисленными ни были инновации в медицине, всё равно у учёных останется просто огромное поле для деятельности.

Быстрое развитие медицинских и информационных технологий предъявляет серьезный вызов системе здравоохранения. Новые технологии открывают возможности радикального повышения результативности в выявлении индивидуальных факторов риска заболеваний, их ранней диагностики, сокращения объемов стационарной помощи благодаря формированию малоинвазивной, амбулаторной хирургии, телемедицины, дистанционного мониторинга состояния больного. Внедрение новых технологий будет стимулировать структурные сдвиги в системе оказания медицинской помощи, увеличение потребностей населения в новых медицинских услугах и одновременно рост ожиданий в отношении обеспечения государством их доступности.

Инновации являются движущей силой медицинских технологических компаний. Стратегический рост требует постоянных инноваций. Но медицинские технологические компании сталкиваются с серьезными финансовыми и нормативными барьерами для проведения исследовательской деятельности, которая является основой развития инновации. А для отрасли, где доминируют малые предприятия и предприниматели, эти барьеры могут остановить инновации и компании на их пути.[1]

"На сегодняшний день инновационный процесс является более длительным и дорогостоящим", - говорит Пол Цитрон, вице-президент по науке и технике компании Medtronic, Inc. "Теперь это занимает от 10 до 15 лет и миллионы долларов, с момента появления идеи до выхода продукта на рынок. Каждый шаг в этом процессе длится все дольше".

Государственный контроль здравоохранения содержит в себе строгие стандарты безопасности и эффективности и одновременно большое количество дорогостоящих задержек и а также задержек связанных с оформлением документации.

"Государственное регулирование в сфере здравоохранения будет воздействовать и воздействует на инновации, ограничивая новые проекты и стартапы", говорит Кэтрин Андерсон, председатель, президент и главный исполнительный директор корпорации Medical Graphics в Сент-Пол, ведущего инноватора в кардиореспираторных диагностических системах.

В финансируемых государством системах здравоохранения ни потребители медицинских услуг, ни те, кто их предоставляют, не заинтересованы в ограничении расходов на инновации, тем более что прогресс медицины позволяет использовать для продления человеческой жизни весьма значительные материальные и финансовые ресурсы. Следовательно, постепенно выявляется фундаментальное противоречие, присущее модели организованной государством системы финансирования здравоохранения. Поток медицинских и связанных с медициной технических инноваций нарастает. Появляются все новые и новые лекарства и методы лечения. Но финансовые ресурсы даже самых богатых стран не бесконечны, их недостаточно, чтобы можно было обеспечить всем нуждающимся доступ к возможностям, которые предоставляет современная медицина[2].

Разработки в области современной медицины направлены не только на продление жизни человека, но и на повышение качества жизни. Некоторые изобретения, появляющиеся в качестве усовершенствования военной амуниции, находят свое применение в гражданской медицине. Одним из таких изобретений является экзоскелет, позволяющий встать на ноги парализованным людям.

Скальпели с использованием углеродного напыления позволяют не оставлять послеоперационных шрамов. Это особенно важно в челюстно-лицевой хирургии.

В новейших инкубаторах создаются все условия для полноценного развития недоношенных детей с массой тела от 500 грамм.[3]

Одной из главных задач внедрения современных технологий является обобщение и трансляция опыта и уникальных достижений высококлассных специалистов крупных специализированных учреждений на сотни муниципальных медицинских учреждений с существенным снижением финансовых и ресурсных затрат.[2]

Список литературы

1. Засимова Л.С. Внедрение новых технологий в медицинских организациях: зарубежный опыт и российская практика - 2013г.

2. Крюков В.А. Инновации, медицина, сознание // Всероссийский экономический журнал «ЭКО» № 9 2013 г.

3. Соболева С.Ю., Животова С.В. Применение метода аутсорсинга в управлении медицинскими учреждениями // Волгоградский научно-медицинский журнал. №3. 2013 г. июль – сентябрь. С. 3 – 6

4. Техножизнь. Инновационные технологии в медицине.[Электронный ресурс] URL: <http://tech-life.org>

УДК 614.2:001

ПРОБЛЕМА ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Масаева Алисам Султановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель *Легенькова Надежда Михайловна*

В Российской Федерации остро стоит вопрос о создании лаконичной модели внедрения инновационного процесса в различных областях медицины, который улучшит методы диагностики и лечения, будет способствовать повышению доступности и качества медицинской помощи населению, и в то же время будет содействовать более рациональному использованию имеющихся ресурсов.

На сегодняшний день инновационная деятельность рассматривается, как механизм реализации государственной политики в повышении эффективности системы здравоохранения на основе достижений медицины и технических наук. Разработка, создание и внедрение продуктов, соответствующих критериям инновационности, приумножают конкурентоспособности лечебно-профилактических учреждений на рынке медицинских услуг.

Существуют следующие виды инноваций в области здравоохранения:

- фармацевтические;
- технологические;
- организационные;
- экономические;
- информационно-технологические.

Одной из самых перспективных инноваций является трехмерная печать. 3D-принтер - это устройство, которое создаёт объёмный предмет на основе виртуальной 3D-модели. В отличие от обычного принтера, который выводит информацию на лист бумаги, 3D-принтер позволяет выводить трёхмерную информацию, т. е. создавать определённые физические объекты [1]. При этом на данном устройстве можно печатать как части тела - прототипы

костной системы и внутренних органов, так и вспомогательные медицинские приспособления: ортезы, гипсовые лангеты и пр.

В нашей стране данная технология нашла широкое применение и в отечественной медицине ведется множество разработок по внедрению и развитию 3D-технологий. Так существует организация «Здравпринт», которая специализируется на выпуске индивидуальных ортезов, созданных с помощью 3D-принтера. Одним из ярких примеров использования данной технологии является также разработка волгоградских ученых экзоскелета «ЭКЗАР», детали которого печатались на 3D-принтере [2].

Следует подчеркнуть и показать положительную динамику внедрения системы Интернет в медицинских учреждениях. Средняя доля учреждений здравоохранения, использующих сеть Интернет по Российской Федерации, составила: за 2011 год - 31,6%; 2012 год - 41%; 2013 год - 96,5%; 2014 год - 96,7%; 2015 - 97,5%; 2016 год — 97% [3]. Эти данные показывают, что процент использования сети Интернет с каждым годом возрастает и становится популярным среди медицинских работников.

Отсутствие у подавляющего большинства практикующих врачей и научных сотрудников знаний об отечественных запатентованных разработках и определенный «информационный вакуум» в отношении инноваций отметили 95% экспертов. К наиболее значимым причинам неэффективной организации инновационной деятельности и ее внедренческой составляющей были отнесены: отсутствие единой, доступной базы данных по готовым инновационным продуктам (82,4%), низкий уровень информационного обмена между авторами и разработчиками инноваций и практикующими врачами (75,6%), консерватизм врачебного сообщества в целом, в том числе и руководителей ЛПУ (70%), низкая инновационная культура (69,8%), нежелание перемен (65,3%). Отрицательное влияние на процессы внедрения, по мнению руководителей медицинских и научных учреждений, оказывает и стандартизованная работа ЛПУ (57,2%), что порой делает невозможным использование новых медицинских технологий, а также отсутствие адекватного финансирования инновационной деятельности (55,8%). Барьеры между административными подразделениями как в ЛПУ, так и на уровне управления здравоохранением (56%), отсутствие действенных механизмов межведомственного взаимодействия (48,5%), дисбаланс ответственности и полномочий (45,6%) мешают включению инновационной составляющей в деятельность медицинских учреждений [4].

Серьезной проблемой является также отсутствие четкого, единого нормативного документа, регламентирующего продвижение и внедрение инновационных разработок в практическое здравоохранение. Эксперты указали на отсутствие у исследовательских организаций, коллективов ученых навыков, опыта и финансовых средств для подготовки научно-технической документации для клинической апробации, получения разрешительных документов на ту или иную инновационную разработку. Дефицит профессионально - подготовленных кадров в сфере маркетинговых и консалтинговых услуг в здравоохранении существенно влияет на развитие инновационной деятельности в целом.

Вывод: современная медицина - это бизнес, требующий больших инвестиций в высокие технологии, уникальное оборудование и подготовленные кадры. Высокие достижения в области медицины еще раз подтверждают, что только инновационный путь развития медицины способен дарить людям мечту, дарить людям жизнь.

Список литературы

1. Елистратова А.А., Коршакевич И.С., Тихоненко Д.В. Технологии 3D-печати: преимущества и недостатки // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. 2015. №11. С.557-559.
2. Воробьев А.А., Байтингер В.Ф., Андрищенко Ф.А., Никулин А.А. Обоснование требований к разработке экзоскелета микрохирурга // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. №3 (51).
3. Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.fedstat.ru> (дата обращения 19.10.2017).

4. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика. - 2-е изд., доп. и перераб. / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - С. 12-128.

УДК 614.27:338.5(470.45)

АНАЛИЗ ЦЕНОВОЙ КОНКУРЕНЦИИ НА АПТЕЧНОМ РЫНКЕ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА

Некрасов Дмитрий Александрович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент *Дьяченко Тамара Сергеевна*

Аптечный бизнес продолжает оставаться одним из самых привлекательных, несмотря на возрастающее число аптек, независимых или входящих в крупные аптечные торговые сети. По данным экспертной организации IMS Health, объем мирового фармацевтического рынка с каждым годом растет примерно на 5–7% [1]. Конкуренция на российском фармацевтическом рынке возрастает, активно идут процессы слияния и поглощения. В настоящее время в России действует более 63 тыс. аптечных организаций, причем преобладающим сегментом розницы является мелкорозничная сеть — аптечные пункты и киоски, численность которых составляет более 37 тыс. [2].

К классическим инструментам конкурентной борьбы относится расширение ассортимента и снижение цен. Аптеки используют дополнительные маркетинговые ходы, направленные на персонализацию, ориентацию на отдельного покупателя, с учетом различных индивидуальных особенностей.

В настоящее время покупательная способность населения уменьшается в связи с падением реальных доходов и увеличением стоимости товаров первой необходимости, поэтому потребители стараются найти их по минимальным ценам. В конкурентной борьбе аптеки используют снижение цен как напрямую, так и опосредованно через системы скидок, бонусных программ, различных систем лояльности.

Рассмотрим практические аспекты ценовой конкуренции в аптечном бизнесе на примере аптек города Волгограда и интернет-сервисах по заказу аптечных товаров. Для анализа цен были выбраны препараты-лидеры продаж, входящие в топ 20 брендов ЛП по стоимостному объему аптечных продаж за август 2017 г. [3].

Цены на лекарственные препараты основных представителей аптечного рынка — аптечные сети ГУП «Волгофарм», АО «Мелодия Здоровья», «Социальная аптека», «Аптека Низких Цен», «Медуница» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Цены на самые продаваемые фармацевтические препараты в аптечных сетях г.
Волгограда

Наименование лекарственного средства	Наименование аптечной сети и цена лекарства в руб.					Средняя цена
	Медуница	Мелодия здоровья	Волгофарм	Аптека низких цен	Социал. аптека	
1. Детралекс 500 мг 30 шт.	796	856	774	689	709	764,8
2. Конкор 0.005 N50	287	325.2	323	279	289	300,64
3. Мирамистин 150 ml	381	421	366	319	339	365,2

4. Эссенциале Форте Н 0.3 N30	720	771	610	529	606.6	647,32
-------------------------------	-----	------------	-----	------------	-------	--------

Аптечная сеть «Аптека низких цен» предоставляет самые низкие цены на рынке аптечных сетей. Разница между ее ценами и максимальными ценами на препараты колеблется от 14,2% до 31,58%.

«Мелодия Здоровья» предлагает своим покупателям наиболее высокие цены по сравнению с остальными крупными игроками рынка практически на все популярные препараты. Отчасти столь высокие цены могут объясняться расположением аптек в торговых центрах, на центральных улицах города, где имеется высокая проходимость, и соответственно высокая арендная плата. Разница между ценой в «Мелодии Здоровья» и в «Аптеке низких цен» достигает в натуральном показателе отметки в 191 рубль или 31,38%, данная разница не может быть покрыта ни одной дисконтной программой.

Цены препаратов в «Социальной аптеке» не превышает среднюю цену, и незначительно отличаются от цен «Аптеки низких цен». Стоит отметить большой ассортимент лекарственных препаратов «Социальной Аптеки», расположение в удобных для покупателей местах и стабильно невысокий уровень цен.

Аптечная сеть «Медуница» отличается высоким уровнем цен. Отличительной чертой этой сети является круглосуточная работа. Данный факт может сказываться на розничной цене препарата, ввиду роста издержек, таких как дополнительные расходы на электричество и оплату ночных смен провизоров.

Таким образом, на фармацевтическом рынке розничной торговли Волгограда имеются аптеки, использующие в конкурентной борьбе снижение цен ниже среднего уровня.

Также был проведен анализ цен в интернет-сервисах по заказу аптечных товаров: «Аптека.ру», «Ригла», «Вита» (табл. 2).

Таблица 2

Анализ цен интернет-сервисов

Наименование лекарственного средства	Наименование интернет-сервиса			Мин. цена в интернет-сервисе	Ср. цена интернет-сервиса	Ср. цена в апт. пункте
	Аптека.ру	Ригла	Вита			
1. Детралекс 500 мг 30 шт.	780.1	752	646	<u>646</u>	726	764.8
2. Конкор 0.005 N50	323.6	301	259	<u>259</u>	294.5	300.64
3. Мирамистин 150 ml	366.9	354	287	<u>287</u>	336	365.2
4. Эссенциале Форте Н 0.3 N 30	711.4	654	586	<u>586</u>	650.5	647.32

Данные сервисы рассчитаны в большей степени на молодое поколение и активных пользователей интернета. Средняя цена на лекарственные препараты у них ниже, чем в аптечных пунктах. Так, при заказе «Детралекса» на интернет-сервисе «Вита» экономия по сравнению с ценой в «Аптеке низких цен» составит 49 рублей, а в сравнении с ценой в «Мелодии здоровья» (максимальная цена) - 192 рубля. Сниженные цены в интернет-сервисах могут быть объяснены отсутствием некоторых издержек в сравнении с розничным аптечным пунктом (зарплата провизоров, арендная плата и др.).

«Артека.ру» – единственная в своем роде федеральная сеть по поиску и заказу аптечных товаров. На сайте заявляется о том, что цены на многие лекарства ниже, чем в среднем в аптеках. С помощью сравнительного анализа видно, что это не соответствует действительности. При сравнении средних цен на самые популярные препараты за август

2017 года в аптеках и цен «Apteka.ru», то оказывается, что цены не ниже, выше на все препараты. Превышение составило от 1,7 рубля (Мирамистин) до 64,08 рубля (Эссенциале).

Таким образом, можно сделать вывод о преимущественном выборе лекарственных препаратов на интернет-сервисах по ценовому фактору. В кризисных и посткризисных условиях необходима ориентация на основного потребителя, его потребности – персонафицированная аптека, использующая в своей маркетинговой стратегии снижение цен на наиболее востребованные лекарственные препараты.

Список литературы

1. Руйга И.Р. Отраслевые особенности государственной инвестиционной политики (на примере фармацевтической промышленности) // Вестник алтайской науки. 2013. № 3. С. 224–228.
2. Варпаева И.А., Лапшина С.А. Современные тенденции дифференциального ценообразования в аптечной сети / И.А. Варпаева, С.А. Лапшина // Финансовая аналитика: проблемы и решения. - 2014. - 40(226). - С.22-34.
3. Financial annual report 2016 DSM GROUP

УДК 339.13

ОСОБЕННОСТИ ИМИДЖЕВОЙ ПОЛИТИКИ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Николаева Елизавета Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный университет
Научный руководитель: к.э.н. *Полусмакова Наталия Сергеевна*

Диверсификация рыночных отношений, тенденции индустрии красоты и моды пронизывают почти все сферы жизни общества, в том числе и отрасль медицины. Положительное общественное мнение, репутация и имидж коммерческих клиник играют огромную роль не только в конкурентной борьбе между ними, но и на повышение качества оказания медицинских услуг в регионе [1]. Поэтому одним из главных направлений в деятельности любой частной клиники является формирование благоприятной имиджевой политики и её дальнейшее её поддержание. Сфера медицинских услуг характеризуется высокой степенью взаимодействия с пациентом. Поэтому одним из ключевых факторов при формировании имиджа является персонал клиники, к которому относятся как врачи, так и контактный персонал.

В рамках статьи был произведено маркетинговое исследование, в основе которого лежит опрос, проведенный методом анкетирования. Цель опроса - выявить наиболее существенные факторы, влияющие на построение имиджевой политики медицинской организации. Для проведения исследования использовалась бесповторная выборка, состоящая из мужчин и женщин в возрасте 18-35 лет, проживающие в г. Волгоград.

Согласно рисунку 1, «Диалайн» является наиболее популярной клиникой на рынке медицинских услуг.

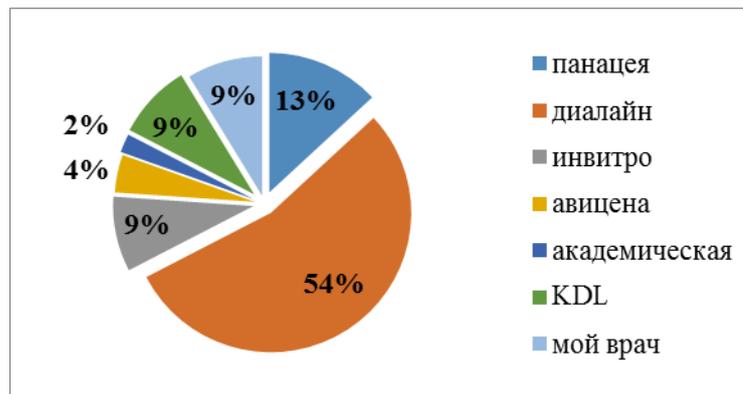


Рис. 1. Структура ответов на вопрос: «Услугами каких ЛПУ (лечебно-профилактическое учреждение) вы пользуетесь?»

Относительно характеристик, влияющие на потребительские предпочтения респонденты распределились следующим образом:

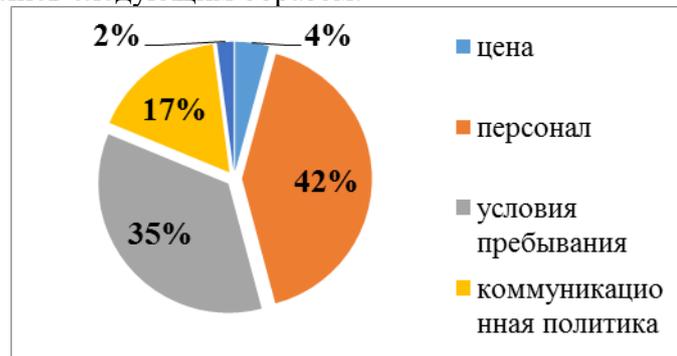


Рис. 2. Структура ответов на вопрос: «Что вам нравится больше всего в выбранном учреждении?»

Для потребителей медицинских услуг наиболее важными факторами оказались такие факторы как отношение персонала, условия пребывания в медицинском учреждения и коммуникационная политика.

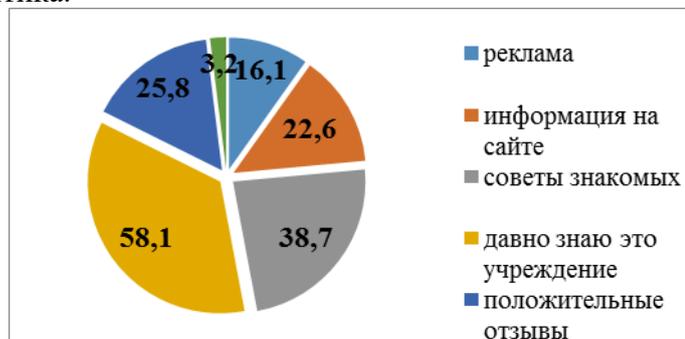


Рис. 3. Структура ответов на вопрос: «Что повлияло на выбор данного учреждения?»

При выборе лечебно-профилактического учреждения больше всего клиент руководствуются тем, что давно знают данное учреждение и доверяют ему.

Таким образом, можно сделать вывод, что эффективная имиджевая политика напрямую зависит от работы персонала и выстраивания доверительных отношений с пациентами.

Список литературы

1. Полусмакова Н.С. Имидж как инструмент реализации стратегии развития региона (на примере города Волгограда) Региональный маркетинг: Сборник научных статей международного конгресса по маркетингу / (Ярославль, 5—6 декабря 2013 г.) / Под общ. ред. Н. Н. Кормягиной, М. В. Макаровой; МЭСИ; Ярославский филиал МЭСИ. — Ярославль: издательство «Еще не поздно!», 2013. — С. 172.

2. Имиджевая политика: теоритический аспект – [Электронный ресурс] URL:http://studbooks.net/822643/marketing/imidzhevaya_politika_teoreticheskiy_aspekt

3. Козлова Л. А., Сырчин Э. Ф. Совершенствование системы формирования и развития социального имиджа бюджетных медицинских учреждений // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – № 3 (март). – С. 81–85. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/15071.htm>.

4. Мамаева В.Ю. Стратегия формирования имиджа медицинской организации / В.Ю. Мамаева, В.В. Мацько// Вестник Омского университета: серия экономика.-2012.-№3.С.132-134.

5. Тхориков Б.А. Разработка технологии управления имиджем медицинского учреждения./ Б.А. Тхориков, И.В. Спичак// Научные ведомости Белгородского государственного университета: серия философия, социология, право.-2008.-№8. С. 216-220.

УДК 61:001

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Осауленко Анастасия Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель *Легенькова Надежда Михайловна*

При нынешней демографической ситуации роль инноваций в сфере охраны здоровья граждан особо актуальна. Сегодня нельзя представить медицину без внедрения инновационных технологий, которые применяются и в лечебно-диагностической практике, и в области лекарственных технологий. Инновации в здравоохранении должны быть направлены на повышение качества жизни населения. Одним из путей интенсивного развития здравоохранения является инновационная деятельность при включении научного, технического, интеллектуального, кадрового потенциала [1].

Перспективные программы социально-экономического развития Российской Федерации ставят перед здравоохранением новые задачи, направленные на создание и развитие эффективной системы здравоохранения [2].

В соответствии с принятой Концепцией развития здравоохранения до 2020 г. совершенствование медицинской помощи возможно при обязательном условии инновационного развития здравоохранения на основе достижений фундаментальной науки, создания и внедрения новых, эффективных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств в практическую деятельность. Ориентация генерируемых научных идей на разработку и создание инновационного продукта, созданных инновационных продуктов – на потребности здравоохранения, а врачей разных специальностей – на внедрение инновационных технологий в практику должна являться основой деятельности отрасли. Создание более удобных, доступных по ценовым характеристикам, технологически эффективных инновационных продуктов позволит производить и широко внедрять их в практическое здравоохранение [2, 3].

Инновационная деятельность в здравоохранении подразумевает реализацию инновационного цикла от этапа проработки научной идеи до внедрения в практическое здравоохранение. В условиях реалий сегодняшнего дня этот процесс затягивается на долгие годы, что искажает само видение инновационной деятельности.

Существуют проблемы связанные с широким внедрением медицинских инноваций и, как следствие, с обеспечением их доступности, как для специалистов, так и для нуждающихся пациентов.

Медицинская наука нуждается в увеличении объёмов финансирования. Но в российском здравоохранении существует целый ряд факторов, которые создают серьёзные препятствия внедрению медицинских инноваций и тем самым значительно затрудняют их доведение до потребителя. К таким факторам можно отнести следующие:

– разработка медицинских инноваций иногда никак не скоординирована с

возможностями их использования в практическом здравоохранении;

- нет полной и своевременной информации о медицинских инновационных технологиях;
- децентрализация системы управления усилила разобщённость систем научного поиска, подготовки кадров и практического здравоохранения;
- практическому здравоохранению далеко не всегда удаётся выступить в роли грамотного заказчика с чётким обоснованием необходимости создания тех или иных технологий;
- действующая система подготовки кадров не отличается гибкостью, часто не учитывает и не формирует потребности в кадрах, способных разрабатывать, внедрять и широко использовать медицинские инновации;
- отрасль недостаточно быстро насыщается информационно-коммуникационными технологиями [4].

Перечисленные факторы носят объективный характер, и преодолеть их в рамках сложившейся системы разработки и внедрения новых медицинских технологий достаточно трудно. Но в то же время количество, сложность инноваций и необходимость их скорейшего доведения до потребителя растут в геометрической прогрессии, также как и растут соответствующие потребности. В этой связи неизбежно возникает тема оптимизации инновационной деятельности.

Отсутствие у подавляющего большинства практикующих врачей и научных сотрудников знаний об отечественных запатентованных разработках и определенный «информационный вакуум» в отношении инноваций отметили 95% экспертов. К наиболее значимым причинам неэффективной организации инновационной деятельности и ее внедренческой составляющей были отнесены отсутствие единой, доступной базы данных по готовым инновационным продуктам (82,4%), низкий уровень информационного обмена между авторами и разработчиками инноваций и практикующими врачами (75,6%), консерватизм врачебного сообщества в целом, в том числе и руководителей ЛПУ (70%), низкая инновационная культура (69,8%), нежелание перемен (65,3%). Отрицательное влияние на процессы внедрения, по мнению руководителей медицинских и научных учреждений, оказывает и стандартизованная работа ЛПУ (57,2%), что порой делает невозможным использование новых медицинских технологий, а также отсутствие адекватного финансирования инновационной деятельности (55,8%). Барьеры между административными подразделениями как в ЛПУ, так и на уровне управления здравоохранением (56%), отсутствие действенных механизмов межведомственного взаимодействия (48,5%), дисбаланс ответственности и полномочий (45,6%) мешают включению инновационной составляющей в деятельность медицинских учреждений.

Дефицит профессионально подготовленных кадров в сфере маркетинговых и консалтинговых услуг в здравоохранении существенно влияет на развитие инновационной деятельности в целом. Актуально создание инновационной инфраструктуры, включающей институты, нормативно-правовую базу, образовательную среду, коммуникативные механизмы и технологии внедрения инноваций в практику здравоохранения. Предлагаемый к внедрению продукт должен отвечать следующим критериям:

- соответствие основным направлениям социально-экономического развития;
- новизна;
- защита прав на интеллектуальную собственность;
- квалификация и научно-технический (производственный) потенциал заявителя;
- обоснование преимуществ по сравнению с аналогами (медицинская, социальная, экономическая эффективность);
- удовлетворение потребностей рынка по данной или аналогичной продукции (маркетинг продукции).

На мой взгляд, инициативу в разработке, апробации и внедрении регламента должны взять на себя территориальные органы управления здравоохранением. Внедрение инноваций

– это важный шаг в развитии здравоохранения. А достичь этого можно с помощью грамотной инновационной политики.

Список литературы

1. Силакова В. В. // Менеджмент в России и за рубежом. – 2010. – № 1. – С. 68–73.
2. Беляков В. К. // Нац. проекты. – 2008. – № 6. – С. 62–65.
3. Корольков В.Е. // Бизнес: Экономика. Маркетинг. Менеджмент. – 2008. – Вып. 2. – С. 45.
4. Беляков В. К. О проблемах инновационной политики в отечественном здравоохранении и необходимости создания кластеров медицинских инноваций / В.К. Беляков, Д.В. Пивень, Д.П. Антонов // Менеджмент в здравоохранении. – 2008. – № 3. – С. 4–11.

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СУЩНОСТЬ И СОСТАВЛЯЮЩИЕ

Подсеваткина Анастасия Константиновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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 (психологическая) 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	4	5	6	7	8
Определенно да	26	45	38	28	32	40	48
Скорее да	60	44	48	46	62	50	45
Скорее нет	5	4	5	8	5	5	1
Определенно нет	3	2	2	8	=	5	3
Получение медицинской помощи еще не завершено	3	3	4	6	1	=	=
Затруднились ответить. Нет ответа	3	1	2	4	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	84	85	76	82	83	88
Нет, не буду обращаться (рекомендовать друзьям)	9	4	7	15	6	8	6
Затруднились ответить, нет ответа	12	12	8	9	12	10	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.

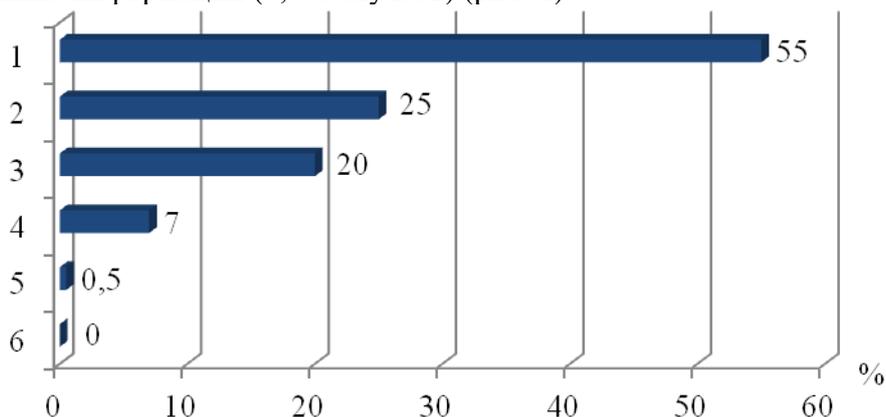
При выборе стационара респонденты чаще пользовались одним источником информации. Наиболее распространенным источником информации о возможностях

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 малознакомы 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.

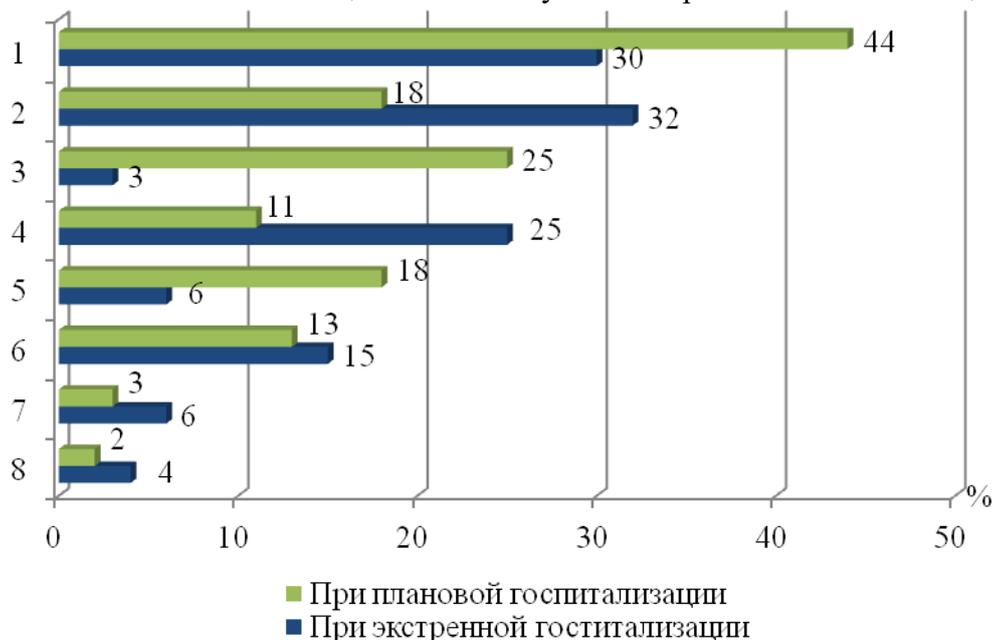
Фактор цены также является определяющим при выборе больницы для значительной группы пациентов. В 16% случаев больница была выбрана, так как пациенту предоставлялась бесплатная помощь, еще в 14% случаев выбор больницы был сделан, так как устраивала цена услуги.

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.

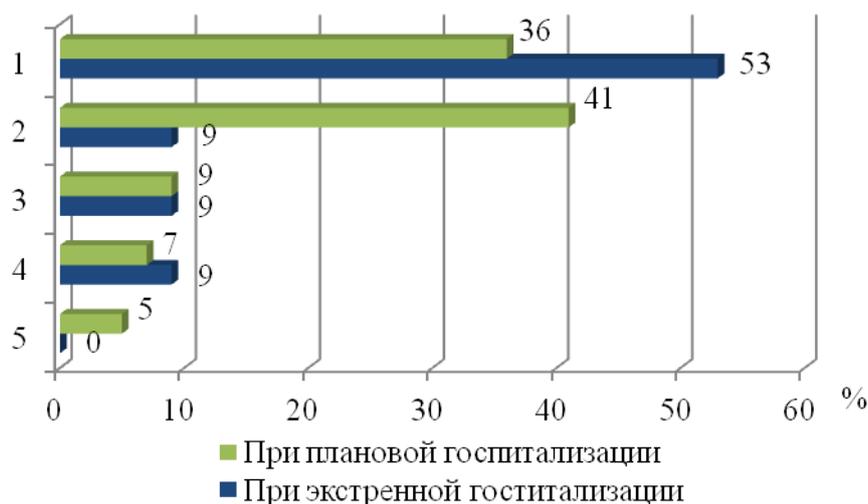
Рис.2. Причины выбора ГУЗ «КБ №12», %

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).

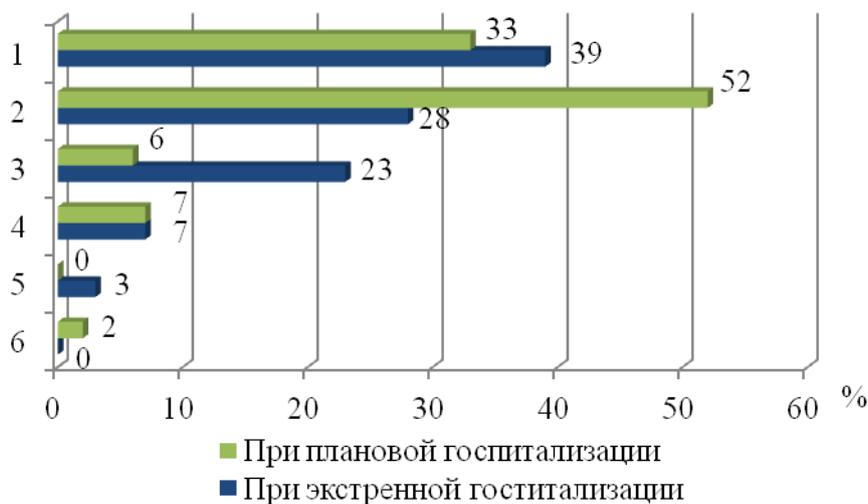


Обозначения: 1 — городская больница, диспансер; 2 — областная больница, диспансер; 3 — федеральный центр, клиника; 4 — центральная районная, (участковая) больница; 5 — частная клиника, больница. Примечание. По плановой госпитализации сумма содержательных ответов составляет около 98%, 2% респондентов затруднились ответить.

Рис.3. Выбор вида стационара, %

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. Удовлетворённость помощью, оказанной выбранным врачом в медицинском учреждении, %

Источник: составлено автором на основе опроса пациентов ГУЗ «КБ №12»

Вместе с тем уровень удовлетворенности помощью, полученной 6 выбранных пациентом больницах, 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, лечущихся 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	37	34	46	28
Скорее да	40	49	40	50
Скорее нет	10	14	6	13
Определенно нет	11	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. 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.

3. Венгерова И.В. Комплексность как важнейшая характеристика медицинской услуги / И.В. Венгерова // Российское предпринимательство. - 2012. - № 7 (205). - С. 119-124.

4. Дробот М.А. Медицинские услуги в системе услуг / М.А. Дробот // Социальное и пенсионное право. - 2016. - № 1. - С. 38-40.

5. 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

6. Малахова Н. Маркетинг в здравоохранении: учебное пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 312 с.

7. Петрова Н. Основы маркетинга медицинских услуг / Н. Петрова, Н. Вишняков, С. Балохина, Л. Тептина. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 112 с.

8. Чубарова Т. В. Обеспечение населения медицинскими услугами : экономические проблемы / Т. В. Чубарова // Проблемы прогнозирования. - 2016. - № 6. - С. 98-109.

9. Маркетинг медицинских услуг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://xn--80ahc0abogjs.com/sistemyi-zdravoohraneniya-organizatsiya/marketing-meditsinskih-uslug.html>

РОЛЬ ИННОВАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Подсеваткина Анастасия Константиновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор *Косинова Наталья Николаевна*

Для современного общества характерно признание здоровья граждан высшим приоритетом государства. А для того, чтобы медицину сделать эффективной и доступной для населения необходимо активно внедрять в отрасль здравоохранения инновации.

Инновационное развитие Российской Федерации определено в программных документах социально-экономического развития страны на период до 2020 года [1], [2].

В целях повышения качества жизни россиян на основе стабильности социально-экономического положения, использования современных технологий в различных сферах жизнедеятельности населения необходимо создание такого инновационно-информационного поля, которое позволило бы активно внедрять высокотехнологическую медицинскую помощь.

В здравоохранении под инновациями подразумеваются комплексные мероприятия в отрасли, в том числе в её организационной структуре и финансово-экономическом механизме, целью которых выступает оптимизация и рост эффективности использования всех имеющихся ресурсов и качества медицинской помощи, удовлетворяющей потребности жителей в таких специфических услугах.

Основа инновационного подхода в управлении ресурсами в здравоохранении – это системные преобразования в отрасли. Необходимо сочетание формирования инновационной инфраструктуры и инновационного экономического механизма. Следует формировать учетно-аналитический, методический аппарат и такое информационное сопровождение, которое позволит выявлять отклонения в стратегической цели качественного и доступного медицинского обслуживания граждан.

Основными векторами государственной политики в области внедрения инноваций в сфере здравоохранения определены [3]:

- стимулирование внедрения инноваций в систему здравоохранения на уровне всех российских регионов;
- обозначение инфраструктуры здравоохранения для внедрения инноваций в управлении ресурсами;
- формирование направленности инновационного подхода;
- отработка действенных процедур контроля над инновациями в деятельности органов управления здравоохранением на различных уровнях менеджмента лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ).

Состав инновационного механизма здравоохранения предполагает наличие следующего ряда элементов:

- четкого определения миссии, цели и задач управления инновациями в системе здравоохранения и ЛПУ;
- организационного понимания сущности инфраструктуры здравоохранения с обозначением объектов и субъектов управления (в рамках структурной декомпозиции);
- представление финансово-экономических отношений между субъектами и объектами организационной инфраструктуры здравоохранения;
- методов и правил финансирования медицины (на базе прямого бюджетного финансирования; финансирования на основе нормативных стандартов - тарифов Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС); платежей граждан за счет средств добровольного медицинского страхования (ДМС) или прямой оплаты услуг);
- фискального понимания налогообложения ЛПУ, осуществляющих медицинскую предпринимательскую деятельность;
- процесса регулирования деятельности в ЛПУ с учётом бюджетных ограничений (сметы доходов и расходов, тарифов на медицинские услуги), нормативных объемов оказания медицинской помощи населению, в расчёте на одного человека для развития территориальной программы;
- регулирования структурно-организационных стандартов (медицинский паспорт районов, паспорт ЛПУ, положения, регламенты в сфере здравоохранения, подразделения, специалисты, таблицы оснащений медицинских учреждений, штатное расписание, квалификация специалистов);
- повсеместного внедрения медико-экономических стандартов при оказании медицинской помощи жителям РФ;
- использования моделей конечных результатов для всей системы здравоохранения в виде установки целевых показателей;
- применения методов финансово-экономического, управленческого анализа и мер комплексного контроля эффективности (внутреннего и внешнего);
- обоснования нормативно - правового, методического и информационно-аналитического обеспечения инновационного механизма для отрасли здравоохранения.

Инновационность указанного подхода в отношении ЛПУ в системе экономических субъектов определяется спецификой медицинской деятельности. Сегодня отсутствие четких и ясных критериев медицинских государственных и частных услуг, к сожалению, не позволяет объективно оценить результаты работы в отрасли здравоохранения. В виду чего назрела необходимость в работе ЛПУ использовать принцип производственного предприятия, где услуга (работа) выполняется как процесс выпуска специфической продукции.

Таким образом, переход в системе здравоохранения к производственному инновационному типу управления – это перспективное направление кардинального реформирования, которое реально учитывает состояние рыночной экономики в стране. И направлено на то, чтобы качество жизни населения росло на основе широкого применения инновационных технологий в отрасли здравоохранения вообще, медицинских услуг, в частности.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
2. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
3. Соловьева, Е. А. Сущность и роль инноваций в обеспечении экономической безопасности здравоохранения России / Е. А. Соловьева // Аудит и финансовый анализ. – 2014. - № 1. – С. 390-393

СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ МАРКЕТИНГА

Подсеваткина Анастасия Константиновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Водопьянова Наталья Александровна*

В условиях дальнейшего развития рыночных отношений в Российской Федерации стала актуальной проблема оптимизации объема и структуры потребления медицинских услуг, достижения баланса между спросом и предложением, что возможно при реализации маркетинговых подходов.

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. Одной из ведущих целей маркетинга в здравоохранении является обеспечение населения качественными медицинскими услугами.

Любая услуга характеризуется такими качествами как неосязаемость, неотделимость, непостоянство, несохраняемость. Но у медицинской услуги имеются и специфические черты, в числе которых [1]:

1. Индивидуальность (за редкими исключениями, например при проведении групповой психотерапии).
2. Доверительность и информированное согласие.
3. Изначальная неопределенность объема требуемой помощи и необходимых финансовых ресурсов.
4. Наличие возможного риска и необходимость его предотвращения.
5. Неопределенность времени возникновения потребности в услуге и готовность к срочному оказанию услуги.
6. Информационная асимметрия продавцов и покупателей (о характере, объеме, качестве, результатах оказания услуг).

Критерием эффективности функционирования сферы медицинских услуг является интегральный показатель средней ожидаемой продолжительности жизни населения. Поскольку на величину данного показателя оказывают влияние большое количество как эндогенных, так и экзогенных факторов, значение его для различных стран может существенно отличаться. К примеру, средняя продолжительность жизни в Андорре равна 83,5 года, в Японии - 80,9 года, в Швейцарии - 80 лет, в Швеции - 79,9 года, а средняя продолжительность жизни россиян увеличилась до 67,7 года [2].

Очевидно, что оптимизация данного критерия для РФ означает повышение его значения до уровня передовых развитых стран. Медицинская услуга должна приводит к синергетическому (накопительному) эффекту, выраженному в повышении средней ожидаемой продолжительности жизни.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения для эффективного выполнения своих функций расходы на медицину должны составлять не менее 5 % от ВВП [3]. Необходимость государственного регулирования здравоохранения продиктована не только социально-экономической значимостью медицинских услуг для населения, а также их специфическими особенностями:

- возможностью оказания услуг (входящих в ОМС) на безвозмездной основе коммерческими организациями, а государственными учреждениями на возмездной основе;
- императивного характера потребности пациента;
- дифференциации доступности медицинских услуг для различных категорий населения
- персонализированного характера медицинских услуг;
- необходимости личного контакта медицинского персонала и пациента;
- низкими показателями ценовой эластичности спроса и эластичности спроса по доходу;
- не высокой информативностью пациента.

Если рассматривать различные критерии классификации медицинских услуг, то по виду они могут быть:

- простая медицинская услуга или неделимая услуга, выполняемая по формуле «пациент» + «специалист» = «один элемент профилактики, диагностики или лечения» (например, измерение артериального давления);
- сложная медицинская услуга — набор простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д., отвечающий формуле «пациент» + «комплекс простых услуг» = «этап профилактики, диагностики или лечения» (например, случай поликлинического обслуживания);
- комплексная медицинская услуга — набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, или установлением диагноза; окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле «пациент» + «простые + сложные услуги» = «проведение профилактики; установление диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения (например, определение остроты зрения у больного с острым фарингитом).

Услуги могут быть пассивными (востребованными - при наличии спроса) и активными (выполнение услуги в условиях отсутствия спроса). Примером может служить выявление заболевания при обращении пациента за медицинской помощью (пассивная услуга) и при профилактическом осмотре перед поступлением на работу (который на ряде производств проводится обязательно, независимо от желания работника) — активная услуга.

Клиент может приобретать услуги для удовлетворения собственных нужд (индивидуальное добровольное страхование) или деловых нужд (коллективное добровольное страхование). Услуги также могут быть коммерческими и некоммерческими; направленные на обслуживание отдельных лиц или услуги общественного характера (охрана окружающей среды). Важно отметить и такие медико-социальные свойства услуги, как своевременность, доступность, качество.

Чтобы сделать медицинскую услугу товаром на рынке, помимо совершенствования её медицинского содержания ЛПУ необходимо устанавливать на нее конкурентоспособную цену, учитывающую реальные затраты на оказание услуги и дающую возможность направлять определенные средства на развитие медицины и организацию системы распределения, то есть доведения услуг до конечного потребителя.

Наличие услуги, цены на нее и системы распределения является в целом достаточным условием для начала маркетинговой работы ЛПУ. Вместе с тем эффективность такой системы, работающей только за счет удовлетворения фонового (то есть существующего независимо от усилий ЛПУ по привлечению пациентов) спроса на услуги чаще всего бывает невысокой.

Для повышения эффективности маркетинговой деятельности за счет удержания старых и привлечения новых потребителей услуг необходимо осуществление комплекса мероприятий по продвижению, имеющих своей целью информирование потребителя об услуге, напоминание ему о ее преимуществах и убеждение его в необходимости отдать ей предпочтение. Только тогда медицинская услуга достигнет своей социально-значимой цели.

Список литературы

1. Петрова Н. Основы маркетинга медицинских услуг / Н. Петрова, Н. Вишняков, С. Балохина, Л. Тептина. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 112 с.
2. Дорофеев В. И. Социально-экономическая сущность медицинских услуг и приоритеты их развития / В. И. Дорофеев, Б. Л. Межиров // Аудит и финансовый анализ. – 2014. - № 3. – С. 341-344.
3. Портной В.А. Регулирование рынка медицинских услуг: проблемы и направления развития / В.А. Портной, И.В. Калашникова // Российское предпринимательство. - 2014. - № 4 (250). - С. 117-128.

УДК 65.012.7

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Просви́ров Влади́мир Миха́йлович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Водопьянова Наталья Александровна*

Современное понимание маркетинга формировалось с начала XX века. Термин «маркетинг» происходит от английского «market» (рынок) и означает «деятельность в сфере рынка сбыта» [1]. Маркетинговые технологии необходимы в здравоохранении при условии их адаптации к специфике отрасли, ее ресурсам и задачам. Под медицинским маркетингом необходимо понимать деятельность, направленную на получение полной информации о потребностях населения в различных видах медико-социальной помощи, обеспечивающей сохранение общественного здоровья. В широком понятии маркетинг в здравоохранении представляет собой систему принципов, методов и мер, базирующихся на коллективном изучении спроса потребителей и целенаправленном формировании предложений медицинских товаров и услуг производителем [2].

Маркетинг проник во все сферы нашей жизни и целью маркетологов становится нарушить суверенность выбора услуги со стороны потребителя. Отсюда возникает вопрос: рационален ли потребитель, или же его выбор заранее определяют маркетологи?

Для ответа на этот вопрос было проведено исследование, в ходе которого были проанализированы 20 врачей клиник города Волгограда. В результате этого было выявлено, что 11 из них работают как в государственных учреждениях здравоохранения, так и в частных клиниках. Для дальнейшего исследования был проведен сравнительный анализ услуг оказываемых в учреждениях здравоохранения Волгограда. Данные исследования представлены в таблице.

Таблица 1

Сравнительный анализ государственных и частных учреждений здравоохранения

Линия сравнения	Государственное учреждение здравоохранения	Частное учреждение здравоохранения
Время ожидания в очереди (с начала приема)	29 минут	30 минут
Количество людей в очереди (на начало приёма)	3 человека	4 человека

Время приёма	11 минут	5 минут
Стоимость основной услуги (приём врача)	-	1435 рублей
Дополнительное обследование	-	ОАК (2 раза), ОАМ, флюорография
Стоимость дополнительного обследования	-	1117 рублей
Назначения	Эргоферон, граммидин, гексорал, мукалтин, аскорил, риностоп	Ингавирин, граммидин, аскорил, риностоп
Стоимость рецепта	1287 рублей	1072 рубля
Общая стоимость	1287 рублей	3624 рубля

Из данной таблицы следует, что качество услуг оказываемых в государственных учреждениях здравоохранения равносильны услугам частных клиник. Однако ценовой фактор различен. Так же стоит принять во внимание тот факт, что все врачи работающие как в государственных, так и в частных клиниках выпускники одних вузов, получившие одинаковое образование. Для получения опыта, после ВУЗа все выпускники идут работать в государственные клиники, и лишь после этого, некоторые из них, проработав определенное количество лет, уходят в частную сферу.

Основываясь на данных проведенного исследования можно утверждать, что большинство потребителей, которые выбирают частные услуги здравоохранения, ведут себя нерационально. Их "суверенный выбор" основан на грамотных действиях маркетологов, которые всячески привлекают клиентов в частный сектор медицины. Индивид выбирает услуги частной медицины основываясь на том, что там работают более квалифицированные врачи, лучшая техническая база, меньшее количество людей в очереди, да и в целом надеясь на скорейшее выздоровление. Исходя из данных проведенного исследования можно точно сказать, что это не так. Частная медицина это такая же государственная, но в красивой упаковке.

Список литературы

1. Андреев С.Н. Маркетинг некоммерческих субъектов. - М.: Финпресс, 2002. - 313с.
2. Иорданская Н.А., Поздеева Т.В., Носкова В.А. Маркетинг в здравоохранении: учебное пособие / Н.А. Иорданская, Т.В. Поздеева, В.А. Носкова. — Н. Новгород: изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2008.- 64с.

УДК 61:33

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ткач Вадим Витальевич, Захарова Анастасия Валентиновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: старший преподаватель *Ситникова Светлана Евгеньевна*

Сегодня инновационная деятельность рассматривается как механизм реализации государственной политики в повышении эффективности системы здравоохранения на основе достижений медицины и технических наук. Руководителям органов управления здравоохранением, специалистам в области медицинской науки необходимо осознать проблемы внедрения инноваций в медицинскую практику и разработать механизмы их решения. Особую актуальность данный вопрос представляет для субъектов медицинской деятельности в силу высокой социальной значимости сферы здравоохранения. Требуются

серьезные изменения в управлении медицинскими учреждениями, имеющие целью разработку новых подходов, методов и форм работы организаций, корректировку системы взаимоотношений с изменившейся внешней средой.

Одним из путей интенсивного развития здравоохранения, соответствующего основным направлениям государственной политики, является инновационная деятельность при включении научного, технического, интеллектуального, кадрового потенциала. Сегодня можно утверждать, что инновационная деятельность в здравоохранении вообще и в медицинских учреждениях, в частности, характеризуется низким уровнем инновационного потенциала, за исключением профильных научно-исследовательских учреждений. Инновационная деятельность в здравоохранении подразумевает реализацию инновационного цикла от этапа проработки научной идеи до внедрения в практическое здравоохранение. В условиях реалий сегодняшнего дня этот процесс затягивается на долгие годы, что искажает само видение инновационной деятельности.

Экспертная оценка с привлечением ведущих специалистов Новосибирска в области экономики и организации здравоохранения отразила факторы, влияющие на внедрение инноваций в указанной сфере. К наиболее значимым причинам неэффективной организации инновационной деятельности и ее внедренческой составляющей были отнесены: низкий уровень информационного обмена между авторами и разработчиками инноваций и практикующими врачами (75,6%), консерватизм врачебного сообщества в целом, в том числе и руководителей ЛПУ (70%), низкая инновационная культура (69,8%), нежелание перемен (65,3%), а также отсутствие адекватного финансирования инновационной деятельности (55,8%). Серьезной проблемой является также отсутствие четкого, единого нормативного документа, регламентирующего продвижение и внедрение инновационных разработок в практическое здравоохранение. Дефицит профессионально подготовленных кадров в сфере маркетинговых и консалтинговых услуг в здравоохранении существенно влияет на развитие инновационной деятельности в целом [1].

Вот несколько интересных цифр, отражающих тенденции инновационного развития в России сегодня. Динамика уровня инновационной активности в промышленном производстве за последние десять лет стабилизировалась на отметке 9-10%. Высокая интенсивность проводимых исследований и разработок отмечается в производстве фармацевтической продукции (74%), электронных компонентов, аппаратуры для радио, телевидения и связи (60%).

Общий вывод по текущей ситуации с факторами инновационного развития России – несмотря на предпринятые Правительством Российской Федерации усилия, в российской экономике не сформировалась окончательно тенденция инновационного поведения бизнеса. Созданная за последние годы весьма развитая инновационная инфраструктура не задействована в полной мере компаниями реального сектора [2].

Учитывая актуальность проблемы и крайне высокую социальную значимость сферы здравоохранения, считаем приемлемым альтернативный вариант решения проблемы.

Он заключается в создании специализированных структур на региональном уровне, координирующих процесс создания инновационных медицинских услуг. Основные направления деятельности центров — работа с интеллектуальной собственностью, обеспечение инновационных коммуникаций, апробация разработанных инноваций. Создание региональных центров компетенций в области инновационной медицины обеспечит координацию процесса создания инновационных медицинских услуг, формирующих инновационную составляющую в развитии здравоохранения.

Также актуально создание инновационной инфраструктуры, включающей нормативно-правовую базу, курсы повышения квалификации для управляющего персонала, включающие базу знаний, связанную с инновационной деятельностью, коммуникативные механизмы и технологии внедрения инноваций в практику здравоохранения. Также считаем необходимым освещение для медицинского персонала всех аспектов инновационной деятельности и плюсы их внедрения, а также разработку регламента организации работ по

анализу и отбору предлагаемого к внедрению продукта. Предлагаемый к внедрению продукт должен отвечать таким критериям, как: новизна, защита прав на интеллектуальную собственность, обоснование преимуществ по сравнению с аналогами, достоверность и качество продукта. На наш взгляд, инициативу в разработке, апробации и внедрении регламента должны взять на себя территориальные органы управления здравоохранением.

Список литературы

1. Научная статья А. А. Сыстерова и Е. Г. Троцкая ГБУЗ Государственная Новосибирская областная клиническая больница; Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития России//<https://cyberleninka.ru/article/n/vnedrenie-innovatsiy-v-zdravoohranenii>
2. Стратегия инновационного развития РФ на период до 2020 года // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_123444/2f806c88991ebbad43cdaa1c63c2501dc94c14af/

УДК 316.64

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Усенкова Ангелина Олеговна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. социол. наук, ст. преподаватель *Шиндряева Ирина
Викторовна*

Сегодня теория НЛП (нейролингвистического программирования) является одной из самых спорных тем, а опухолевые патологии поражают все большее количество населения. Две эти, казалось бы, несвязанные между собой темы объединяет одно – критичность суждений. О раке говорят, как о страшном, неизлечимом заболевании. НЛП же считают лженаукой, или, напротив, позиционируют как панацею. Стык этих понятий дал развитие новому направлению в терапии – лечение онкологических пациентов с применением тактик НЛП, включающих в себя не просто социальную адаптацию, но и создание у человека четкой установки на выздоровление. Проблема заключается в том, что НЛП подразумевает под собой некоторый контроль над разумом человека, что недопустимо на законодательном уровне.

Целью исследования является оценка совокупного влияния НЛП и терапевтической практики на соматическое и психоэмоциональное состояние здоровья пациента, а также сравнение подобного метода лечения с классическим.

Задачи исследования состоят в том, чтобы сделать вывод о необходимости применения НЛП в организации лечения онкологических пациентов и определить наиболее выгодные техники для лечения онкологических пациентов, а также рассмотреть возможные проблемы контроля НЛП и наметить пути их решения.

Основным материалом для исследования стала работа, проведенная в 2016 году сотрудниками Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена [1]. В исследовании приняли участие 47 пациентов с онкологическими заболеваниями различной локализации. Из них в группе интегративного лечения с применением психологической помощи и тактик личных установок было 25 человек, в группе классического лечения – 22 человека. Пациентам обеих групп вводился иммунный препарат «Helixor M», применялись методы стандартного лечения, таким образом различие ведения групп состояло только в отсутствии у второй группы применения техник интегративного лечения.

На основании цифрового анализа кардиоритмов онкологических больных до начала курса интегративного лечения и после него были получены следующие результаты. Применение интегративного подхода к восстановлению здоровья значительно улучшило интегральные показатели уровня здоровья (в среднем на 30%); повысило адаптационные возможности организма (в среднем на 25%), привело к восстановлению функциональных резервов (в среднем на 31%); способствовало улучшению показателей центральной регуляции (в среднем на 50%), а также улучшению психоэмоционального состояния (в среднем на 33%). Если биологический возраст онкологических больных до получения ими интегративной помощи был больше фактического в среднем на 3,5 года, то в результате всех принятых мер по окончании курса лечения происходило биологическое омоложение онкологических больных в среднем на 6 лет, и к концу лечения пациенты оказывались моложе своего фактического возраста на 2–3 года. Смертность в группе интегративного лечения составила 28% против 63% в контрольной.

Полученные данные позволяют сделать вывод о целесообразности применения тактик НЛП в комплексе интегративного лечения пациентов с онкологическими состояниями. При лечении необходимо учитывать не только соматические улучшения и социальную адаптацию, но и личное психоэмоциональное состояние пациентов. Организация помощи должна заключаться прежде всего в создании «положительных установок», определяющих отношение человека к болезни. При контакте с пациентом необходимо установить «якоря» – движения, слова или жесты, способные «запрограммировать» человека на успех лечения [2]. Также важно создание пациентом метамоделей будущего, в которое он сам должен поверить. Таким образом это не просто поможет абстрагироваться пациенту от болезни, скорее, наоборот, это определит его четкое понимание проблемы, даст возможные варианты ее решения и осознание их надобности [3]. Все это приведет к созданию в мозге пациента новых нейронных связей и активных центров, ответственных за достижение результата. Правильный подбор подобных техник врачом существенно улучшит его работу с пациентом. Для контроля над действием медицинского персонала, дабы исключить возможные неправомерные действия касательно личности пациента, следует ввести документы, регулирующие эту деятельность на законодательном уровне [4].

Список литературы

1. Алексеева Г.С., Щитикова О.Б. Организация интегративной помощи пациентам с онкопатологией // Исследование и практика в медицине. – 2016. – №4. – С.52-60.;
2. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты сознания (mindfulness): сходства, различия, терапевтические перспективы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – №1. – С.59-64.;
3. Османов Э.М. Психотерапия в онкологии // Вестник ТГУ. – 2007. – №3. – С.351-354.;
4. Майленова Ф.Г. Этические аспекты работы по изменению убеждений в модели НЛП // Гуманитарная экспертиза. – 2012. – №1. – С.263.

УДК 614.2

ПУТИ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Хохлачева Елизавета Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Кукина Елена Николаевна*

Одним из основных направлений развития Национальной системы здравоохранения Российской Федерации является развитие информатизации здравоохранения [5].

На современном этапе особое значение для информатизации здравоохранения страны имеют разработка и внедрение автоматизированных (медицинских) информационных систем

медицинских организаций. Именно от таких разработок в настоящее время реально зависит уровень информатизации собственно медицинской составляющей здравоохранения [2].

Современная система здравоохранения предусматривает повсеместное внедрение медицинской электронной информационной системы, личного кабинета пациента, рабочего места врача и медицинской сестры, электронных систем помощи в принятии решений, доступ к электронным информационным и обучающим ресурсам, а также телемедицинские технологии [5].

Основной целью создания СИ является обеспечение эффективной информационной поддержки органов и организаций системы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания [4]. Предполагается создание электронной медицинской карты для обслуживания небольших ЛПУ, в том числе с применением облачных вычислений. Перспективно постепенное создание сервисов для врачей, реализующих среду профессионального общения, доступ к электронной медицинской библиотеке, системам поддержки принятия решений [2].

В целом, процесс внедрения информационных технологий в отечественной медицине находится на стадии становления, затрагивая при этом круг проблем, которые в том или ином виде имеют глобальный характер. По результатам проведенных C-News опросов указывается, в частности, на недостаточный интерес руководителей ЛПУ, психологические барьеры приобщения к высоким технологиям, наличие разнородного программного обеспечения, что может привести к сложностям интеграции информационных технологий в эту сферу [3].

Полностью интегрированные глобальные медицинские системы пока являются лишь вопросом будущего. Разработке глобальных систем препятствует ряд факторов, прежде всего связанных с трудностями анализа, оптимизации и интеграции существующих разнородных систем, а также невозможностью применения в полной мере уже имеющихся теоретических и инструментальных средств интеграции (отсутствие «субъекта» управления) и связанными с этим существенными коммерческими и иными рисками [1].

На рис. 1 приведена перспективная схема информационного взаимодействия учреждений здравоохранения территории РФ на основе Единой Государственной Информационной Системы Здравоохранения. Имеющиеся автоматизированные информационные системы медицинских образований (АИС МО) должны быть связаны с общим хранилищем медицинских данных, располагающимся в Центре обработки данных, передавать медицинскую информацию по стандартным протоколам в хранилище с перспективой создания реально действующего банка данных интегрированных электронных медицинских карт населения [2].

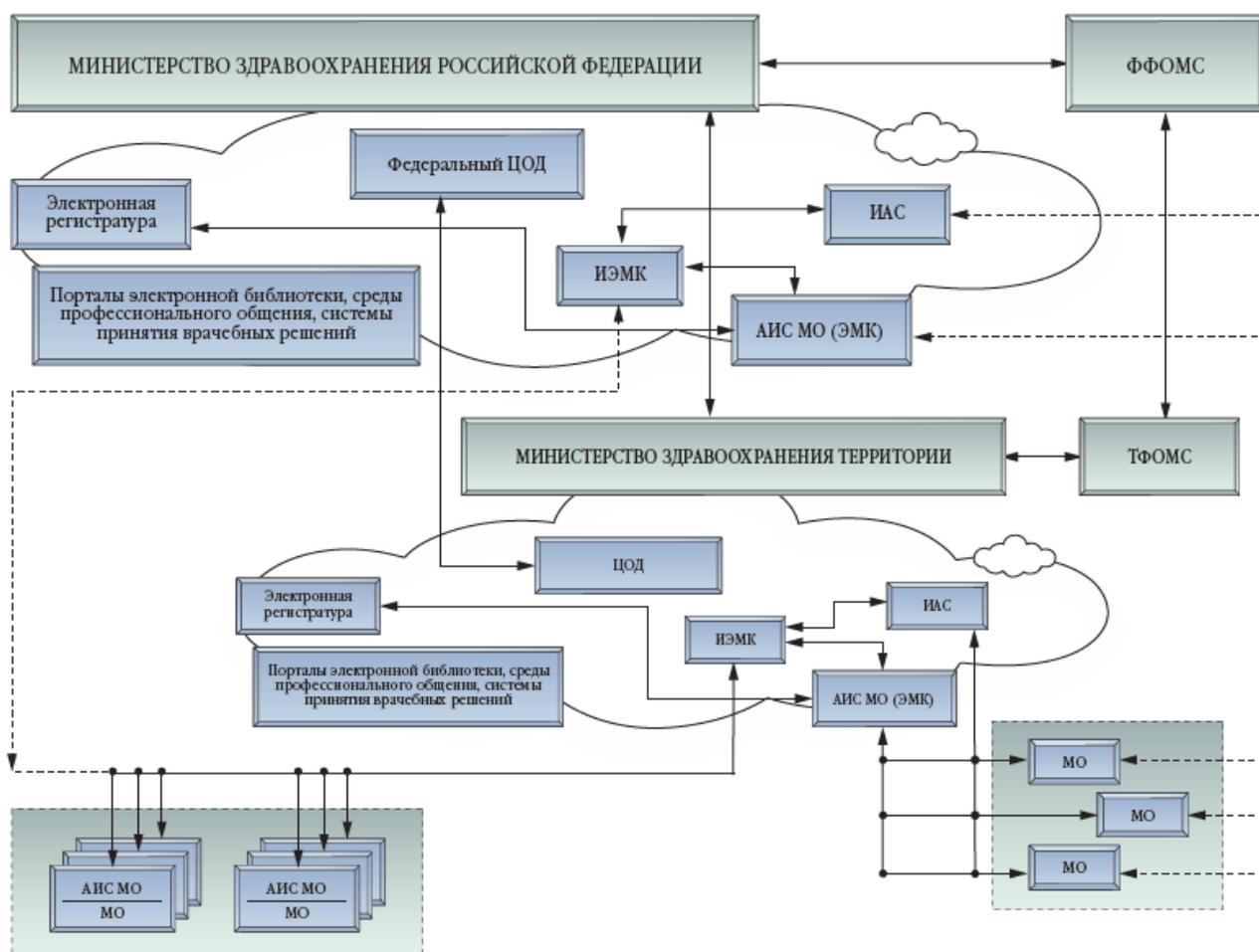


Рис.1. Перспективная схема информационного взаимодействия.

Таким образом принципиально решается проблема единого хранения всей информации, ее доступности в любой момент времени для специалистов лечебного учреждения, отпадает необходимость в ведении бумажных архивов, повышается точность постановки диагнозов за счет использования новых технологий в обработке и представлении информации для врачей-диагностов и клиницистов.

Создание полноценной Единой Государственной Информационной Системы Здравоохранения немислимо без создания единого медицинского информационного пространства, объединяющего всю медико-социальную информацию, независимо от ее дальнейшего использования разными учреждениями и службами в различных целях. Это позволит получать любые необходимые срезы медико-статистических данных на основе обработки первичной информации и исключит неоправданное дублирование данных в различных МИС.

Список литературы

1. Дабагов А. Р. / Информатизация здравоохранения и некоторые проблемы построения интегрированных медицинских информационных систем // Журнал радиоэлектроники – 2011. – №9. – С. 1–57.
2. Зарубина Т. В. / Направления информатизации здравоохранения России на современном этапе // Информационно-измерительные и управляющие системы – 2013. – №10. – С. 4–8.
3. Попова М., Рудычева Н., Миссинг А. / Как информатизированы российские клиники? // С-News|Аналитика – 2009.
4. Приказ от 28 апреля 2011 г. № 364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

5. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

УДК 61:33

ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Щукина Валерия Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель *Ситникова Светлана Евгеньевна*

Многое поменялось в современной жизни с наступлением нового века, и особенно это касается такой наукоемкой отрасли, как медицина. Постепенно устаревают методики лечения, зачастую требующие вмешательства хирурга, долгого периода восстановления, стационарного ухода. Эти методики оттесняются на задний план передовыми технологиями, способными всего-то за несколько часов решить сложнейшую проблему со здоровьем. Устаревшая материально-техническая база, недостаточное финансовое обеспечение, отсутствие современных подходов к административному управлению, тотальный кадровый дефицит – это, далеко не полный перечень проблем отечественного здравоохранения. Внедрение инноваций в медицину могло бы стать благодатной почвой для быстрого подъема и дальнейшего развития в сфере здравоохранения.

Перечислим проблемы обеспечения инновационного развития сферы здравоохранения.

Во-первых, высокий уровень изнашивания главных производственных фондов ряда медицинских организаций, в первую очередь – учреждений системы министерства здравоохранения. Более трети заведений находятся в техническом состоянии, нуждающемся в серьезных дополнительных инвестициях.

Во-вторых, кадровый потенциал текущей системы здравоохранения, неравномерность в кадровом составе российского здравоохранения. Наблюдается значительная диспропорция в распределении персонала внутри системы оказания медицинской помощи: избыточная их концентрация в стационарных учреждениях и их недостаток в амбулаторно-поликлиническом звене. Существует также дисбаланс в численности профессионалов различных врачебных специальностей. Замечается и нехватка кадров в сельской местности и удаленных районах страны, где достаточно бедно развита инфраструктура, низок уровень социального благосостояния [1].

Однако наиболее важный вопрос в области обеспеченности персоналом системы здравоохранения, как отмечают исследователи, – то, что в современном мире привлекательность медицинской профессии – одна из самых низких за всю историю здравоохранения в России. Причиной тому служит низкий уровень заработной платы, как следствие – значительное снижение мотивации к доброкачественному труду. Налицо и проблема недостаточного осведомления служащих медицинских организаций об современных разработках и инновациях (по результатам проведенных исследований и опросов, более 60% врачей-респондентов ничего не знают об отечественных запатентованных разработках и не используют их в своей деятельности), что, соответственно, ведет к ограниченности применения такого рода решений [2].

1. Третья актуальная проблема обеспечения инновационного развития сферы здравоохранения – недостаток методического обеспечения процессов оценки качества ИМУ, вызванный ограниченным учетом сервисной составляющей ИМУ в используемых медицинскими организациями стандартах качества оказываемых услуг и ведущий к недостаточности и даже отсутствию комплексного подхода к оценке качества ИМУ.

Важно помнить, что термин «медицинская услуга» включает в себе не только оказание медицинской помощи, но и сервисный компонент. Поэтому в социологическом анкетировании об удовлетворенности доступностью и уровнем медицинской помощи касательно стационарной помощи нужно включать следующие вопросы:

- низкое качество питания, получаемого в стационарном медицинском заведении;
- нерасположенность и пренебрежительное отношение медицинского персонала;
- недостаточное материально-бытовое оснащение заведения (санитарно-техническое состояние помещений, отсутствие средств для лиц с ограниченными физическими возможностями) и т.д. [3]

На данный момент инновационные медицинские технологии в России совершенствуются при участии малочисленных инвесторов, компаний, импортирующих зарубежные инновационные разработки и, наконец, отечественных ученых. Ключевая проблема в продвижении медицинских инноваций состоит в том, чтобы произвести эффект на инвесторов в изобретениях. Для этого нужно повысить уровень инвестиций в здравоохранение вообще, и в инновации в частности. В заключение, хочется заметить что, отраслевой консалтинг существует и совершенствуется, создаются компании, специализирующиеся на консультировании в сфере медицинских инноваций, и будем надеяться, что в ближайшем времени введение инноваций в области медицины возрастет.

Список литературы

1. <http://www.tpark89.ru/news/nauchnoprakticheskaya-konferentsiya--innovatsionnie-podhodi-v-razvitii-biotehnologii-v-usloviyah-krainego-severa-->.
2. Рожкова. Е.В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/552/30/lang.ru/>
3. 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.
4. <http://www.medzi.ru/ishue/0013/815/index.html>.

UDK 159:331

HEALTHCARE AND MEDICAL SERVICES IN MALAYSIA

Brandon Richard Lim Liang Koon (Malaysia)

Russia, Volgograd State Medical University

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

Healthcare in Malaysia has undergone major progressive transformations since pre-colonial period in Malaysia. During the pre-colonial period, traditional medication or remedies were just about the only sources of medical services available to Malaysian citizens. However with the birth of colonialism, modern and westernized medical practices and services were then introduced to the country and these medical practices then gained popularity due to its effectiveness and simplicity.

In order to make medical services available to Malaysian Citizen, the government provided subsidies which covered 55% of total healthcare spending in 2011, according to the World Health Organisation (WHO). These funds were mainly directed towards public hospitals and clinics to act as the primary source of care for most of the population. In the budget for 2014, the administration allocated M\$22.1bn (US\$6.9bn) to healthcare spending, out of total expenditure of M\$217bn, representing over 10% of total government spending. As the authorities continue with their subsidy-rationalization programme to reduce overall government expenditure, an outlay as large as healthcare looks increasingly unsustainable.

Currently Malaysia's Healthcare system is divided into two sectors, the public sector and the private sector. Public Healthcare is funded by Malaysian Citizens through general taxation of income, thus Malaysian Citizens are able have the benefit to receive quality and equitable primary healthcare at rock-bottom prices. Doctors from the Public sector would be on par with doctors from the Private sector. However, due to the availability of more modern equipment and technology in Private hospitals, doctors would be able to provide better medical services. Private hospitals also offer higher incomes compared to public hospitals. Due to the reasons stated above, public medical facilities are often overbooked whereas private hospitals are able to offer faster services.

The main problems being faced now is:

1) Obtaining prehospital emergency medical services promptly.

It is suggested that the time frame from a patient's arrival at the emergency department to the initiation of thrombolytic therapy (known as the «door-to needle» time) should be within 30minutes, although in reality, the mean «door-to needle» time shown in a recent single centre, local study in Malaysia was about 105 minutes. And as we know the longer the delay to receiving medical attention, the lower the survival rate of a patient.

Similarly, for a cardiac arrest victim, chances for survival is dependent upon the prompt initiation of chest compression. However, the ambulance response time in Malaysia varies from approximately 15.2 min to 25.6 min depending on the location and traffic congestion which may indicate that public members play a crucial role in starting bystander CPR prior to the arrival of ambulances. In a small recent study, we found that bystander CPR was only performed in 9% of out-of-hospital non-traumatic adult cardiac arrest cases. CPR done within five minutes of a person's collapse combined with professional care can increase survival rates by as much as 50%.

A relatively simple way to overcome this problem would be by holding free, public demonstrations on CPR and giving talks on the importance of CPR. Not to mention educating the public citizens about the importance of making way for an ambulance and not trying to tail the ambulance for a clear and fast route.

2) Gaining access to hospitals or required medical.

As we know Malaysia is a third world country and thus is still in the process of being developed. Thus, there is a large difference between health resource distribution and number of hospital beds per population when comparing between urban centres like Kuala Lumpur and Penang to poorer regions. Furthermore, private hospital beds account for 22% of total beds in major urban areas, serving wealthy and insured patients, including growing medical tourism, while many poorer areas are relatively deficient in public health services. As I have also stated above, public medical facilities are often overbooked and private hospitals often cost a bomb, thus Malaysian citizens with a lower income staying in poor regions would not be able to access the proper medical attention or aid that he or she requires.

One of the many ways in which to counter this problem would be to simply build more public hospitals and make them readily available to all citizens and not just those living in urban areas.

Conclusion: In recent years, the government has taken the initiative to increase funding for the healthcare sector to compensate for a large ageing demographic in Malaysia as well as an overall increase in population. This has had a positive effect as statistics has shown an increase in life expectancy for Malaysian male and female has been steadily improving from 71.5 years (2006) to 71.7 years (2010) for male and 76.3 years (2006) to 76.6 years (2010) for female (Department of Statistics Malaysia, 2011b). The percentage of people aged 65-years-old and above has increased from 4.0% (2000) to 4.7% (2010).

Furthermore, with the investment the government has put into the healthcare sector, citizens from surrounding countries like Indonesia, Hong Kong and even Singapore are steadily coming to Malaysia in order to enjoy affordable and high quality healthcare. This being a results that many of the hospitals in Kuala Lumpur and Penang are JCI accredited, meaning that they are considered to meet the gold standard in healthcare throughout the globe.

References:

1. Allianz. Healthcare in Malaysia. 05 November 2017 <https://www.allianzworldwidecare.com/en/support/view/national-healthcare-systems/healthcare-in-malaysia/>.
2. Chew, Keng Sheng. "Prehospital care in Malaysia: Issues and Challanges." 14 August 2011. JPP Prehospital Care in Malaysia. 07 November 2017 <http://ir.unimas.my/11713/1/JPP%20Prehospital%20Care%20Malaysia.pdf>.
3. International Living. Healthcare in Malaysia. 07 November 2017 <https://internationalliving.com/countries/malaysia/healthcare-in-malaysia/>.
4. The Economist. How sustainable is Malaysian healthcare? 11 April 2014. 06 November 2017 <http://www.eiu.com/industry/article/1991716983/how-sustainable-is-malaysian-healthcare/2014-04-11>.
5. WILEY, SUZANNE S. Why Is CPR Important? 07 November 2017 <https://www.livestrong.com/article/152210-why-is-cpr-important/>.

UDK 159:331

MOTIVATION THE WORK OF MEDICAL PERSON

Harprit Sandhu (India)

Russia, Volgograd State Medical University

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

This is commonly used that the motivation is necessary in everyone life. But firstly we need to understand the meaning of this word.

Motivation is a set of facts used to support or motivate other to the good job.

We always say that we should motivate the work, motivate our children to study. But have you ever think that what is the motive of child.

May the child is interested in art, sports, politics but no, parents motivate them to study and only become engineer or doctor. It doesn't matter for them that he loves his profession or not. So, to motivate first thing is the interest and love the person to his profession which make it passion for person. But you can motivate only if you are confident so; there is confidence that built a good person. But sometimes over confidence can ruin your life.

Medical persons usually think about the reasons behind the work of human body. Like how can I read with eyes, listen with ears? How? Can we treat them or use some another material? It is really very interesting.

I really appreciate and proud of all of the doctors and medical researchers for their job all around the world. They are daily developing new technology that help many deaf and blind peoples to see and hear. They are also trying to give life for the other harmful disease surviving patients.

We are constantly doing improvement in our life.

When the medical person treats patient and helps him to come out of his problem and save his life, it makes you feel happy and you will see the joy on the face of patient that due to you he can some more time in this world.

You are the real savage. It also effects on your respect and status in the society. Doctors are seen as a symbol of dignity, responsibility and service towards the community.

We are getting great opportunity to work with the different people, with different personality, problems, different mentality. You get experience and it is very knowledge able you get information on different topics by different people.

As we all know that there is great need of the good doctors and in large amount.

So, it is globally recognized field because due to the change in the climate and food and the lifestyle today many people are surviving from the several diseases.

I salute to the work of the doctors and medical persons because whether it is day or night, you all are standing to help and the save the several life.

Due to only today billions of patients are surviving the white coat; it is not just a coat, it is representative of the cleanliness of your job and high hygiene standard. It is emitting a clean attitude towards patients. I hope you will never put any stains on this white coat. So, never be rude to your patients. Be friendly and familiar to each and everyone.

I am really proud that I get an opportunity to be the member of this profession. I will try to make it my passion.

HOW POVERTY KILLS

Harshal Sabe (India)

Russia, Volgograd State Medical University

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

Poverty is a complex societal issue. Poverty affects healthcare. Healthcare affects economy. What does poverty mean? It is economic state of a person which does not allow individual to fulfill their daily needs. Now world economy says, that rich become richer and poor become poorer.

Normally we say healthcare effects world economy but now economy also effects healthcare. As people don't have money and they not being able to see a doctor to get treatment. Medications can be so costly that the poor can't even afford to buy them. The government welfare program is collective response to health problems, but many poor countries have only limited coverage in the field of social security. World economy made poor people to stop dreaming.

There are many people those who even don't have money for food or for fulfilling daily needs. It is just because of economy. People get sick due to unhygienic, being hungry, not making treatment.

People get sick and due to fear of money they don't go to doctor which leads to major problems sometime death.

According observation death due to poverty has been increasing day by day. Poverty kills more people every year than any of the major killers - heart disease and cancer. 874,000 people died from poverty in 2011 in the United States. That same year just 598,000 deaths were caused by heart disease. Cancer deaths for 2011 came to 575,000.

Healthy people lead to healthy economy. There must be policy which will help the people to get treatment just for free they must be explained with how to use this policy.

Poverty makes people to adjust with things in which they cannot even do so. A person must be healthy to earn so to fulfill demand.

Poverty is a product of its environment, the social and economic conditions where it happens. The causes of poverty are following: laziness; over population; every poor family has children more than they care; unhealthy.

Improved in technology leads to plenty of jobs. As new machineries are developed, they don't need workers. It works automatically therefore so many people are jobless.

Poverty has a high price. The increase in expenditure on the health system, the justice system and other systems supporting those living in poverty, affects our economy.

After the examination of the causes of poverty, we can suggest ways of getting rid of poverty: to find work; to control the population. There must be restriction on number of children in every family.

To combat poverty, the government should pursue policies of economic growth. According to Okun's law, an increase in GDP will inevitably lead to the reduction of unemployment. Pursuing a policy aimed at growth, the government can create jobs for its citizens, that will reduce poverty rates.

Thus, the problem of poverty is an issue that requires the attention of everyone. It is important that all members of our society were healthy, to fully realize their potential and to improve the economy.

References

1. <https://soapboxie.com/social-issues/Poverty-Kills-More-People-than-either-cancer-or-heart-disease>

HEALTH CARE: AN UNIVERSAL PRIORITY

Girhe Harshal (India)

Russia, Volgograd State Medical University

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

The goal of real health care reform must be high quality universal coverage in cost effective way

Bernia Sandars

Health care is not just commodity. It is «Human right».

It is time to make universal health care a national priority. So that basic right to health care can finally become a reality for every individual in world with proper economics. It means economic management is necessary for achieving proper health. Because the fact that people in poor health often have low income. High level of poverty as people cannot afford health benefit due

to low economic condition and can have disastrous effect on health. Healthful people are first step of improvement success and make healthy country.

Government have political will power so by using means by providing some health camp which help people with low income and poor economy. So it encourages countries to give proper health care rather people are poor in condition.

Communities make reliable rational decision regarding lifestyle expectation. Acceptable behavior and health care right of economics.

Pharmaceutical and devices manufactures work collaboratively means with unity like to low the price of some costly drugs so any classes of people can buy it. Help people not individual but people from all over the world remains good and get more value from health care system.

Essential health benefit: These include following. Emergency services, hospitalization, maternity and newborn care, mental health, Rehabilitative and habilitative services and devices, laboratory services, preventive and wellness services, chronic disease management and so on. We can present a critical review of exciting literature on relationship between income, income inequality and health in terms of conceptual approaches research method and policy implementation.

The cause of poor health is not only low income. People who can afford good money, have sufficient income also have poor health because of expensive bad habits. If we truly want to ensure people not only the country but universally, then we have to convince them to make different choices. To give up bad habits ban on things which are dangerous for health.

Some group of health centers worked in international health is performed by governmental and non-governmental organization. Such as NGO must be progress in direct health care, community portable water, vitamin supplementation to avoid malnutrition management of endemic and epidemic diseases. Non-governmental organizations are also known as private voluntary organization. They can try to provide 20% of all external health aid of developing country. So it is extremely good to support all such NGO in international level to make out globally healthy.

Multiple factors can affect the psychological well-being and physical health of workers. Research indicates that job strain and repetitive and hazardous work conditions may have detrimental effects on physical health. And the fear of joblessness due to collapsing of economic condition can effect mental health.

Companies often develop a set of rules specific to their operations and sector. These rules normally reflect legislative requirements such as mandatory training and the use of personal protective equipment, such as fall arrest systems. Many companies however, go beyond the requirements of the law and develop additional rules, such as mandatory eye protection and worker orientation. Hazard, accident and injury reporting procedures could also form part of the company rules. This above factor must be essential for every industry for safety of their employees health which is much more important. In every country about many people are working in private field as an employee so it is important to take safety rules and regulation for every employee. The goal of occupational safety and health which include faster, safe, healthy work environment helps in improving the lifestyle of the people who works in private field.

According to WHO (World health organization)

- At least half of the world's population still do not have full coverage of essential health services.
- About 100 million people are still being pushed into «extreme poverty» (living on \$ 1.90 (1) or less a day) because they have to pay for health care.
- Over 800 million people (almost 12 percent of the world's population) spent at least 10 percent of their household budgets to pay for health care.
- All UN Member States have agreed to try to achieve universal health coverage (UHC) by 2030, as part of the Sustainable Development Goals.

Stages of human life is very necessary and make it compulsory and seriously to make health and well-being countries. Now universal health coverage (UHC) helps so that all individuals and communities receive the health services they need without suffering financial hardship.

References

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs3951/en/>
2. https://en.wikipedia.org/wiki/Universal_health_care
3. Harris J. Achieving Access

ACCESSIBILITY OF MEDICAL AID OF RURAL AND REMOTE AREAS IN INDIA AS THE GREATEST CHALLENGE of 21ST CENTURY

Nagarajan Anju

Russia , Volgograd State Medical University

Scientific advisor : professor of history and culture science department *Cheremushnikova I. K.*

Health is not everything but everything else is nothing without health. “In the beginning, there was desire which was the first seed of mind,” says Rig-Veda, which probably is the earliest piece of literature known to Mankind.

Accessibility of medical aid for the poor people of rural and remote areas is one of the most urgent tasks for India. With more than 70 percent population living in rural areas and low level of health facilities, mortality rates due to diseases are on a high. Rural Health care is one of biggest challenges facing the Health Ministry of India. The Indian public health system comprises a set of state-owned health care facilities funded and controlled by the government of India. Some of these are controlled by agencies of the central government while some are controlled by the governments of the states of India. The governmental ministry which controls the central government interests in these institutions is the Ministry of Health & Family Welfare. Governmental spending on health care in India is exclusively this system, hence most of the treatments in these institutions are either fully or partially subsidised.

Since antiquity India was the first state to give its citizens national health care as a uniform right. However in the present situation Indian rural health care faces a crisis unmatched to any other social sector. Nearly 86% of all the medical visit in India are made by ruralites with majority still travelling more than 100 km to avail health care facility of which 70-80% is born out of pocket landing them in poverty.

Public healthcare is free for those below the poverty line. The public health care system was originally developed in order to provide a means to healthcare access regardless of socioeconomic status. However, reliance on public and private healthcare sectors varies significantly between states.

Several reasons are cited for relying on the private rather than public sector; the main reason at the national level is poor quality of care in the public sector, with more than 57% of households pointing to this as the reason for a preference for private health care. Most of the public healthcare caters to the rural areas; and the poor quality arises from the reluctance of experienced healthcare providers to visit the rural areas.

Consequently, the majority of the public healthcare system to the rural and remote areas relies on inexperienced and unmotivated interns who are mandated to spend time in public healthcare clinics as part of their curricular requirement. Other major reasons are distance of the public sector facility, long wait times, and inconvenient hours of operation.

Approximately 1.2 billion people in the world live in extreme poverty (less than one dollar per day). Poverty creates ill-health because it forces people to live in environments that make them sick, without decent shelter, clean water or adequate sanitation. WHO supports countries to design and implement 'pro-poor' health policies, that is, health policies which prioritize and respond to the needs of poor people.

Less than 10 percent of the rural population uses toilets and such lack of sanitary conditions and shortage of clean drinking water are directly affecting the health of most of the rural people.

While the world is concerned with emerging diseases like AIDS, rural India is still highly affected by the age-old problems of TB, malaria and diarrhea on the one hand, and facing new challenges posed by environmental pollution mainly due to contamination of air by automobiles and industries, and water by agro-chemicals on the other. In such situations, it is difficult to ensure progress and sustainable living without additional problems related to community health.

Rural Wellness and Prevention is an active, lifelong process of becoming aware of choices and making decisions toward a more balanced and fulfilling life. Healthy People 2020 is a national agenda for reducing the most significant preventable threats to health. The goals of Healthy People 2020 include:

- Attain high-quality, longer lives free of preventable disease, disability, injury and premature death;
- Achieve health equity, eliminate disparities and improve the health of all groups;
- Create social and physical environments that promote good health for all people;
- Promote quality of life, healthy development and healthy behaviours across all life stages;

The latest rural healthy people document is the Rural Healthy People 2020 which outlines a strategic plan for completing Rural Healthy People 2020.

References:

1. Kumar R. Academic institutionalization of community health services: Way ahead in medical education reforms. *J Family Med Prim Care*. 2012;1:10–9. [[PMC free article](#)][[PubMed](#)]
2. Bhandari L, Dutta S. India Infrastructure Report; 2007. Health infrastructure in rural India.
3. Iyengar S, Dholakia RH. Access of the rural poor to primary healthcare in India. *Rev Market Integr*. 2012;4:71–109.
4. Sharma RK, Dhawan S. Health problems of rural women. *Health Popul Perspect Issues*. 1986;9:18–25.
5. Report of the Steering Committee of Health. [Last cited on 2012 Jan 08]. Available from http://www.planningcommission.nic.in/aboutus/committee/strgrp/stgp_health.pdf.
6. Saha UC, Saha KB. A trend in women's health in India - What has been achieved and what can be done. *Rural Remote Health*. 2010;10:1260.[[PubMed](#)]

ENTREPRENEURSHIP IN THE FIELD OF HEALTH

Sharvin Chougule (India)

Russia, Volgograd State Medical University

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

The capacity and willingness to develop, organize and manage a business venture along with any of its risks in order to make a profit is known as entrepreneurship.

All over the world there are rising concerns over the problems faced by an overburdened public healthcare system and imminent emphasis on the role of entrepreneurship in achieving a self-sustaining and developed economy, it is entrepreneurship in the field of health which guarantees the best of both worlds. Entrepreneurship in the field of health is boosted and thrives on the momentum generated by social entrepreneurship. The notion that, as an entrepreneur, one can succeed economically and do right by society is compelling. Working towards both these goals appeal to many entrepreneurs. Due to the increase in the number of medical entrepreneurs in the field, there are many benefits. As there is an increase in the market competition there is enhancement of quality of services and products. There are many job opportunities created due to the increase in the number of new businesses. Competition will lead to innovation.

Like any other entrepreneur, a health care entrepreneur faces many problems in establishing the brand- be it financial and investment hurdles, rampant bureaucracy, abiding by corporate and government regulations, competition in the form of giant multinational corporations, or other challenges. Especially in the field of health there are many strict and stringent rules and regulations. Health care entrepreneurs have needs that are different to those of other entrepreneurs; their challenges are unique. There are regulation and entrenched stakeholders. The lead times are longer. The health care entrepreneurs have to play within the system, and that means there are a lot more challenges when it comes to succeeding as a startup in the health care space.

There are certain factors to be kept in mind in order to maintain a successful foothold in medical entrepreneurship.

1. Assessment of the market: Before venturing out, medical entrepreneurs need to assess the needs of the market in order to tap onto them. Extensive market research and an in-depth study of different specializations in healthcare are essential starting points. By analyzing the local demand for a variety of health products and services, entrepreneurs can choose the right field(s) in the vast scope of healthcare.

2. Embracing the regulations: In the field of health there are many strict rules and regulations. It's an industry full of rules, but rules can be an entrepreneur's friend. A lot of people get worried by the concept of regulation, but the reality is it's just a process to work through. When the entrepreneur is careful about the work through, it becomes a competitive advantage.

3. Balancing between social responsibility and profitability: One of the major moral dilemmas faced by the medical entrepreneur is the need to establish a profitable business while maintaining their social responsibility to the general public health.

4. Settle in for the long period of hard work: In healthcare, the sales cycles are very long, and regulatory hurdles can take significant time and the resistance to change is high, so the entire cycle is elongated. There's an intense amount of patience needed to be an entrepreneur in general, and in health care even more so.

5. Select the right investors: It is essential to find someone who shares your vision, both for profitability and advancement in medical science. A friction with the investor in terms of goals and values might lead to major challenges in the long run. To discover someone who possesses first-hand knowledge of your medical field is an added bonus. But even if medical proficiency is not guaranteed, someone with an insight of the current health economy is required in order to guarantee long term growth and survival of business.

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. 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.

Entrepreneurship in the field health 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. In conclusion entrepreneurship in the field of health is one of the most noble venture as it appends the health and life of the public.

References

1. <http://digitalcommons.sacredheart.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1111&context=neje>
2. <http://fortune.com/2015/02/19/healthcare-startups-succeed/>
3. <https://www.entrepreneur.com/article/273210>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4187288/>

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЯМИ В СВЕТЕ ПОСТУЛАТОВ СОВРЕМЕННОЙ ФИЛОСОФИИ ГУМАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ

Артюхина А.И., Великанов В.В., Великанова О.Ф.

Спрос на рабочую силу в условиях рынка является производным от стоимости тех товаров и услуг, которые производятся при их участии. Основой расчета потребности во всех категориях сотрудников должны служить стратегические цели развития и годовые объемы спроса на продукцию и услуги. Производный характер спроса означает, что устойчивость его величины при заданных объемах производства на соответствующие категории сотрудников будет определяться их профессиональными компетенциями, производительностью или трудоотдачей и рыночной ценой произведенной продукции и оказанных услуг [5, 8]. Подобрать сотрудников, готовых принять действующие в организации правила, нормы, ценности, не менее важно, чем нанять профессионалов, обладающих всеми необходимыми знаниями, навыками, опытом и деловыми качествами.

Вышерассмотренным типам философии экономического роста соответствует два основных подхода — «покупка кадров» и «формирование кадров» и два способа определения актуальной потребности в развитии — «от организации» и «от человека» [5, 8].

Подход «от человека» базируется на сравнении перечня требований к должности или рабочему месту, с одной стороны, и индивидуальных профессиональных компетенций работника — с другой. В этом случае выясняется соответствие предполагаемой, выполняемой и возможной работе, сравнение осуществляется не от случая к случаю, а на основе баз данных анализа результатов трудовой деятельности и оценки профессиональных компетенций работников, которые постоянно обновляются. При выявлении несоответствия применяется модель определения единых причинно-следственных связей и соответствующих необходимых мер.

Последовательная оценка всех факторов, влияющих на результат труда, позволяет выявить именно тот, который мешал процессу. Все отрицательные параметры ранжируются, т.е. определяются основные причины несоответствия профессиональных компетенций работника настоящей или предполагаемой должности. Одновременное устранение недостатков — нереальный и неэффективный путь, не всегда необходимы обучающие методы устранения несоответствия требований и результатов. Если работник знает, как он может привести профессиональные компетенции в соответствие с требованиями организации, улучшить результаты трудовой деятельности и какие знания ему необходимы, то достаточно стимулировать самоподготовку. При недостаточной мотивации применяется эмоциональный тренинг, а при наличии психологических препятствий можно использовать внутриорганизационную ротацию, тренинги, коучинг и пр.

В отношении массовых категорий сотрудников чаще применяется иной подход к определению потребностей в развитии — «от организации», в основу которого положено выявление проблем организации, ее сильных и слабых сторон, возможностей и угроз развития в настоящее время и в перспективе.

Следующая стадия — определение сотрудников, рабочих групп или трудовых коллективов, занимающих «слабые» места. Затем осуществляется сравнение требований к конкретным функциям и результаты оценок профессиональных компетенций сотрудников и претендентов на эти рабочие места. Этот дисбаланс определяет потребность в определенных организационных мероприятиях, включая найм и увольнения. Модель отношений, направленных на формирование устойчивого трудового коллектива носителей необходимых профессиональных компетенций посредством обеспечения постоянного развития и обучения работников в рамках организации, по сути, является развитием внутреннего рынка труда.

Принципиально иной характер носит второй подход, рассматривающий сотрудников и их профессиональные компетенции как актив организации, капитализированные вложения. Ценность компетенций работников может увеличиваться в результате обучения и развития, приобретения опыта и знаний, или убывать, и обладает способностью к амортизации подобно долгосрочным инвестициям. В таком случае расходы на обучение в целях формирования и развития необходимых профессиональных компетенций считаются инвестициями, обеспечивающими перспективы долгосрочного роста организации. С этих позиций при увольнении работников и высокой текучести кадров очевидны потери профессиональных компетенций организацией, не успевшей использовать имеющийся потенциал и потерявшей инвестиции. Поддержание стабильного кадрового состава носителей профессиональных компетенций снижает риски долгосрочных капиталовложений в профессиональное обучение, переобучение, освоение смежных профессий и развитие.

Каждый подход имеет определенные преимущества, но и тот, и другой нужно применять с учетом стратегических целей и эффективных оценочных процедур. Повышение эффективности обучения может способствовать приращению профессиональных и иных компетенций сотрудников, и организациям следует подумать об обучении как об основном способе развития. Особенно важны обучение и развитие ценных категорий сотрудников, обладающих особыми компетенциями, - кадрового резерва, мобильного персонала, которые проходят обучение в соответствии со специальными программами.

Формальные оценки результатов трудовой деятельности работников должны выступать основой современных систем стратегического управления. Комплексное применение различных форм и методов оценки позволило зарубежным организациям объединить многие аспекты управления сотрудниками организации. В процессе их интеграции ведущую роль играют оценочные процедуры, посредством которых отлаживается взаимодействие кадрового и линейного менеджмента. Организация кадровой работы на основе оценок, поддающихся контролю, проверке и корректировке, повышает эффективность управления в целом и ответственность линейных руководителей за принимаемые решения в частности. Одновременно линейный руководитель приобретает возможность предлагать вышестоящему руководству взвешенные, аргументированные и оптимальные рекомендации, на базе которых принимаются решения по вопросам карьерного планирования, изменении или сохранении ставок оплаты работников, их мотивации, премировании и продвижении.

Управление профессиональными компетенциями нуждается в идеологическом обосновании, новой философии, современных методах и инструментах управления [1-3,6,8]. Система управления организации, существуя по объективным экономическим законам и обладая устойчивостью и адаптивностью к воздействиям внешней среды, позволяет оценить и рационально использовать все внутренние резервы и возможности. Количественные и качественные характеристики профессиональных компетенций сотрудников могут принципиально изменить цену организации. На практике этот факт подтверждается примерами существенного превышения рыночной цены бизнеса над его балансовой стоимостью. По сути, именно эта разница представляет собой условную оценку имиджа, репутации, бренда, компетенций сотрудников и т.п., так называемый «гудвилл». Анализ его содержания доказывает, что основные структурные составляющие: торговая марка, деловая репутация, качество управления, — формируются деятельностью сотрудников организации. Произвести товары высокого качества, создать непререкаемый имидж фирмы, предоставить требуемые услуги могут лишь компетентные высококвалифицированные сотрудники, преданные интересам организации [5,6].

Но зависимость «гудвилла» от величины компетентностной составляющей не является величиной прямо пропорциональной. Организация с высоким «гудвиллом» может в определенный период времени снизить долю кадровой составляющей в результате непродуманных кадровых решений увольнения ключевых руководителей и высококвалифицированных работников, несоответствия имеющейся квалификации

работников изменившейся организационной стратегии, развития конфликта в трудовом коллективе. При оценке компетентностной составляющей следует учитывать личностные и квалификационные характеристики, индивидуальные способности к изменениям, обучению и развитию, эффективным коммуникациям, реинжинирингу, работе в изменяющихся условиях существования организации. Стоимостная оценка профессиональных компетенций сотрудников особенно актуальна в рыночных условиях при разработке инвестиционных проектов, формировании холдинговых групп, купле—продаже активов. Необходимо определять объем кадровых инвестиций в случае реорганизации, инновационном проектировании или антикризисном управлении.

Инновационный процесс предъявляет принципиально иные требования к качественным характеристикам профессиональных компетенций сотрудников, их восприимчивости к новым идеям, гибкости и поливалентности, творческому подходу, инициативности, способности к «соучастию», командной и руководящей работе. Руководитель в такой ситуации должен ориентироваться на формирование устойчивого коллектива сотрудников, обеспечивая им определенные преимущества. Руководители, осознанно формируя профессиональные компетенции, активно используют ротацию кадров, обеспечивая корпоративную идентичность, устойчивость, локализацию и делокализацию знаний, укрепление организационной культуры, распространение позитивного опыта, обеспечение профессионального развития персонала.

Список литературы

1. Доценко Е. В. Особенности управления компетенциями персонала в рыночных условиях хозяйствования // Научное обеспечение системы повышения квалификации кадров. 2014. №2 (19). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-upravleniya-kompetentsiyami-personala-v-rynnochnyh-usloviyah-hozyaystvovaniya> (дата обращения: 11.11.2017).
2. Андреева А. В., Хатламаджиян Д. Г., Шелепов В. Г. Управление компетенциями персонала в системе обеспечения конкурентоспособности банка // Пространство экономики. 2012. №2-3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-kompetentsiyami-personala-v-sisteme-obespecheniya-konkurentosposobnosti-banka> (дата обращения: 11.11.2017).
3. Долженко Р. А. Компетентностный подход как основа системы управления персоналом в коммерческом Банке // Известия АлтГУ. 2013. №2 (78). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kompetentnostnyy-podhod-kak-osnova-sistemy-upravleniya-personalom-v-kommercheskom-banke> (дата обращения: 11.11.2017).
4. Гладышева А. В. Генезис системы управления человеческими ресурсами // Социально-экономические явления и процессы. 2011. №5-6. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/genezis-sistemy-upravleniya-chelovecheskimi-resursami> (дата обращения: 11.11.2017).
5. Комлева Н. С., Пачин Н. А. Оценка клиентоориентированности системы управления промышленной компанией // Вестник ВУиТ. 2012. №3 (26). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-klientoorientirovannosti-sistemy-upravleniya-promyshlennoy-kompaniye> (дата обращения: 11.11.2017).
6. Кожевина О. В., Крук Е. Е. Кадровая политика и мотивационная среда организации (на материалах системы управления персоналом банка) // Известия АлтГУ. 2012. №2-1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kadrovaya-politika-i-motivatsionnaya-sreda-organizatsii-na-materialah-sistemy-upravleniya-personalom-banka> (дата обращения: 11.11.2017).
7. Костюкова А. П., Костюкова Т. П., Полякова С. В. Управление компетенциями взрослой личности в ходе переподготовки персонала // Научное обеспечение системы повышения квалификации кадров. 2012. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-kompetentsiyami-vzrosloy-lichnosti-v-hode-perepodgotovki-personala> (дата обращения: 11.11.2017).
8. Загороднова Е. П. Анализ международного опыта применения основных видов систем управления инновационной деятельностью компании // ARS ADMINISTRANDI. 2012. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-mezhdunarodnogo-opyta-primeneniya>

osnovnyh-vidov-sistem-upravleniya-innovatsionnoy-deyatelnostyu-kompanii (дата обращения: 11.11.2017).

9. Шелепов В. Г. Развитие крупных корпораций на основе инновационноинвестиционной стратегии управления компетенциями персонала // Пространство экономики. 2010. №3-2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-krupnyh-korporatsiy-na-osnove-innovatsionnoinvestitsionnoy-strategii-upravleniya-kompetentsiyami-personala> (дата обращения: 11.11.2017).

10. Хаматнурова Е. Н., Гужавина Н. С. Управление человеческими ресурсами в системе управления корпоративными знаниями // Интернет-журнал Науковедение. 2013. №6 (19). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-chelovecheskimi-resursami-v-sisteme-upravleniya-korporativnymi-znaniyami> (дата обращения: 11.11.2017).

УДК 339.137.2 (571.61)

КОНКУРЕНЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Васильева Анжелика Валерьевна

Россия, г. Благовещенск, Амурский государственный университет

В современных условиях крайне актуальной является конкуренция организаций в сфере здравоохранения. Развитие конкурентной среды в здравоохранении представляет собой самый эффективный способ повышения качества медицинской помощи, увеличения ее доступности, снижения цен на оказываемые услуги.

По мнению экспертов, уровень конкуренции в сфере здравоохранения остаётся недостаточным [1]. На рынке медицинских услуг, отмечают специалисты, уровень конкуренции является довольно низким, на рынке медицинских изделий – слабым, а на рынке лекарственных препаратов – удовлетворителен, но недостаточен.

Рынок медицинских услуг экспертами относится к рынкам несовершенной конкуренции, на которых доминирует небольшое число продавцов, а вход в отрасль новых организаций ограничен высокими барьерами. Как правило, на таком рынке речь идет об олигополии [2].

В качестве барьеров входа на рынок медицинских услуг следует отметить высокую стоимость медицинского оборудования, необходимость получения лицензии, поиск высококвалифицированного персонала и при этом низкие цены на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования.

Для увеличения конкуренции в сфере здравоохранения, по мнению экспертов, необходимо снижать барьеры входа на рынок для новых участников, внедрять понятные и прозрачные правила работы на рынке и эффективный контроль за качеством медпомощи. Необходимым условием расширения конкуренции в сфере здравоохранения, без чего сложно повысить качество медицинских услуг и добиться эффективного расходования выделяемых на эти цели средств, является увеличение участия негосударственного сектора в предоставлении медицинских услуг [1].

В здравоохранении подавляющий объем медицинской помощи обеспечивают государственные организации, оснащенность и качество предоставляемых услуг которых постепенно улучшаются. Но, тем не менее, и к качеству, и к эффективности, и особенно к сервисной составляющей работы государственных организаций у населения еще есть большие претензии [3]. Поэтому необходимо расширение участия негосударственного сектора в предоставлении медицинских услуг.

Если в небольших населенных пунктах один медицинский пункт работает на несколько километров, то в крупных городах, где проживает значительная часть населения, за последние 20 лет появились все возможности для развития конкуренции между государственными и негосударственными организациями.

Чаще всего предметом конкуренции является привлечение пациентов, но в некоторых случаях поставщики медицинских услуг также конкурируют за заключение договоров с финансирующими организациями.

Самый убедительный довод в пользу поощрения конкурентной борьбы состоит в том, что она позволяет создать мощные стимулы, побуждающие поставщиков медицинских услуг к разработке инновационных решений, благодаря которым они могут предоставлять пациентам услуги более высокого качества по меньшей цене [4].

Однако существует и противоположная точка зрения на развитие конкуренции в здравоохранении. «Противники этого подхода утверждают, что конкуренция между поставщиками медицинских услуг не позволит оказывать качественную медицинскую помощь, поддерживая при этом цены на разумном уровне. По их мнению, конкуренция часто поощряет создание избыточных мощностей и дублирование услуг, что может привести к распространению практики навязывания услуг поставщиками. Также противники конкуренции указывают на то, что для некоторых рынков характерна естественная монополия в сфере здравоохранения и внедрение конкурентных рыночных механизмов вызовет ухудшение качества медицинских услуг. Более того, они считают, что, по крайней мере, в некоторых системах здравоохранения конкуренция между поставщиками медицинских услуг может привести к приоритетности коммерческого и рыночного успеха перед оказанием помощи пациентам, а также к ухудшению положения наименее состоятельных слоев населения, что, в свою очередь, обострит проблему неравного доступа пациентов к медицинским услугам» [4].

По мнению противников конкуренции в сфере медицинского обслуживания не работают некоторые механизмы, с помощью которых в других отраслях конкуренция способствует положительной динамике. Так, потребители медицинских услуг лишены возможности выбрать подходящего им поставщика услуг с учетом качества его работы, поскольку не обладают всей информацией, доступной поставщикам медицинских услуг. Помимо этого существуют примеры, когда развитие конкуренции между больницами вызывает снижение качества медицинских услуг. Известны риски, связанные с отсутствием прозрачной информации, неопределенностью, недобросовестностью поставщиков медицинских услуг.

Тем не менее, в литературе встречается достаточно много доводов в пользу конкуренции. Эффективное управление конкуренцией между поставщиками медицинских услуг способствует значительному улучшению их качества, позволяет предоставлять пациентам свободу выбора поставщиков медицинских услуг, при этом затраты системы здравоохранения стабильно поддерживаются на разумном уровне [4].

В Амурской области в 2016 г. медицинскую помощь населению оказывали 38 больничных учреждений на 7,3 тыс. коек, 179 амбулаторно-поликлинических учреждений мощностью 22,7 тыс. посещений в смену и 316 фельдшерско-акушерских пунктов [5]. По сравнению с 2005 г. число врачебных больничных учреждений снизилось на 75 больниц или на 66,4 %, количество больничных коек понизилось на 5,141 тыс. коек или на 41,4 %, число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений уменьшилось на 36 ед. или на 16,74 %. Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений снизилась незначительно с 24,3 тыс. посещений в смену в 2005 г. до 22,7 тыс. посещений в 2016 г. – на 1,6 тыс. посещений или на 6,6 %.

В 2016 г. медицинскую помощь оказывали 4,3 тыс. врачей (по сравнению с 2005 г. – уменьшение на 2,14 %) и 9,1 тыс. лиц среднего медицинского персонала (снижение на 15,4 %). При этом в области в течение продолжительного времени прослеживается тенденция ежегодного роста уровня заболеваемости, за период с 2005 по 2016 гг. его средний темп роста составил 2,3 %. По сравнению с 2005 г. уровень заболеваемости увеличился на 29,5 % и составил 83596,5 случая в расчете на 100 000 населения (в 2000 г. – 57 662,6 случая).

Таким образом, создание условий формирования конкурентной среды в здравоохранении, а также управление конкурентоспособностью медицинских услуг

являются эффективным инструментом повышения качества оказываемых услуг и роста благосостояния населения региона.

Список литературы:

1. Конкуренция в медицине: доступность лекарств и возможность выбора. – <http://open.gov.ru/events/5514058/>
2. Назарова В.В. Рынок медицинских услуг: особенности конкурентной ситуации // Вестник СПбГУ. – Серия 5. – 2008. – Выпуск 4. – С. 170-174.
3. «Дорожная карта» для частника. – <https://rg.ru/2014/12/30/shishkin.html>
4. Конкуренция во благо. – <http://vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/konkurenciya-vo-blogo>
5. Амурская область в цифрах: Краткий статистический сборник / Амурстат – Благовещенск, 2017. – 244 с.

УДК 334.021

**ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТОВ ГЧП В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Герасименко Ольга Александровна

Россия, Белгородский государственный национальный исследовательский университет

По состоянию на начало 2017 года в Российской Федерации прошли стадию принятия решения о реализации 2446 инфраструктурных проектов, предусматривающих привлечение частных инвестиций на принципах ГЧП. При этом более 480 проектов находятся в проработке органов власти и порядка 1000, по экспертным оценкам, структурируются частным партнером для запуска с использованием механизма «частной инициативы».

Среди проектов ГЧП, прошедших стадию принятия решения о реализации:

- федерального уровня – 17 проектов;
- регионального уровня – 238 проектов;
- муниципального уровня – 2191 проект.

При этом, в отрасли здравоохранения по уровню реализации проектов ГЧП по состоянию на 2016 год выделяют:

- федерального уровня – 1 проект;
- регионального уровня – 76 проектов;
- муниципального уровня – 14 проектов [1].

Отрасль здравоохранения традиционно остается привлекательной для частной стороны ввиду возможности компенсации операционных затрат за счет внешнего источника – через платежи системы ОМС и, в отдельных случаях, достаточно маржинальные платные услуги. Более того, публичная сторона, как правило, выражает готовность софинансировать создание объектов здравоохранения в виду их высокой социальной значимости. В 2016 году было уделено внимание возможностям модернизации объектов санаторно-курортного лечения, а также созданию туристско-рекреационных кластеров с помощью механизмов ГЧП. Сейчас проекты ГЧП в отраслях социальной сферы (за исключением здравоохранения) в большей степени ориентированы на возмещение затрат инвестора по строительству/реконструкции объектов, чем на повышение качества оказываемой услуги за счет компетенций оператора. Однако игроками рынка предпринимаются попытки по формированию «инфраструктуры качества» именно в этих отраслях [2,3].

В социальной сфере наиболее количество концессий реализуется в отрасли здравоохранения. В настоящий момент это одна из наиболее перспективных сфер для заключения концессионных соглашений с накопленным опытом правоприменительной

практики. Исходя из полученных данных, можно говорить о большой заинтересованности частных инвесторов участвовать в создании и дальнейшем сопровождении объектов социальной инфраструктуры. Данная отрасль также характеризуется большим износом основных фондов и ощутимыми инфраструктурными разрывами в отдельных регионах. Всего на текущий день в различных стадиях реализации находятся 23 концессионных проекта в сфере здравоохранения. Одним из примеров использования механизма использования концессионной модели в здравоохранении является строительство и эксплуатация отдельного корпуса Центра экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии в Самарской области по соглашению, заключенному 5 июня 2014 года на срок 15 лет [4,5].

Положительной практикой применения концессионных соглашений является строительство Центра экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии.

Данное концессионное соглашение предполагает строительство отдельного корпуса Центра на территории государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина» и оснащение его оборудованием с целью повышения доступности процедур гемодиализа в рамках в рамках Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» с использованием модели BOT (Build-Operate-Transfer) – строительство – эксплуатация – передача. Инициатором проекта выступило Министерство здравоохранения Самарской области. Публичный партнер в лице Правительства Самарской области предоставляет частному партнеру земельные участки в аренду под строительства объекта [6]. Частный партнер в лице ООО «ФАРМ СКД» строит за свой счет, с привлечением заемных средств на предоставленных в аренду земельных участках объекты соглашения в течение 2 лет (2014-2016 годы). Объект становится собственностью публичного партнера и передается на праве владения и пользования инвестору на срок действия концессионного соглашения. Частный партнер обеспечивает на территории созданного объекта соглашения возможность оказания медицинских услуг по проведению процедуры диализа пациентам с острой и хронической почечной недостаточностью в объемах и по тарифам, установленных программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи, тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области. Возмещение расходов инвестору осуществляется путем перечисления инвестору 70% от общей стоимости тарифов, действующих в системе обязательного медицинского страхования, за каждую оказанную услугу на территории объекта концессионного соглашения [7].

Список литературы

1. Исследование «Государственно-частное партнерство в России 2016–2017: текущее состояние и тренды, рейтинг регионов» / Ассоциация «Центр развития ГЧП». – М.: Ассоциация «Центр развития ГЧП», 2016. – 32 с.

2. Прядко С.Н., Жданкова Е.А. Установление стратегических приоритетов в планировании долгосрочного развития региональных предприятий // *Фундаментальные исследования*. - 2016. - № 6-2. - С. 454-459.

3. Гукова Е.А. Особенности российской специфики организации процесса бизнес-планирования на предприятии. В сборнике: *Экономические и социальные факторы развития народного хозяйства материалы IV региональной научно-практической конференции аспирантов и магистрантов*. -2016. - С. 60-64.

4. Avilova Z.N., Gulei I.A., Shavyrina I.V. Formation of the customer-centric organizational culture of the university as a factor of effective social and economic development of the region // *Mediterranean Journal of Social Sciences*. - 2015. - Т. 6. - № 3. - С. 207-216.

5. Тхориков Б.А. Проблемы целеполагания в системе государственного управления социальной сферой // Историческая и социально-образовательная мысль. 2016. - Т. 8. - № 1-2. - С. 164-166.

6. Тхориков Б.А. Методология индикативного управления организациями социальной сферы: проблемы целеполагания, метод TASKED // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Экономика. Информатика. - 2015. - Т. 36. - № 19-1 (216). - С. 39-42.

7. Практика применения концессионных соглашений для развития региональной инфраструктуры в Российской Федерации. – М.: Центр развития государственно-частного партнерства, 2015.- с.68.

УДК: 330.1

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ЭТАПЫ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Иванов Николай Прокофьевич, Алексеева Наталья Викторовна

Россия, Ставропольский государственный медицинский университет

Всесторонний анализ деятельности государственных медицинских организаций существенно отличается от анализа работы коммерческих организаций, поскольку основной целевой установкой государственной организации здравоохранения выступает не производство продукции и извлечение прибыли, а оказание широкого спектра медицинских услуг. Кроме того статус государственной организации сужает вероятность использования её имущества, при этом, отмечается не достаточное финансирование государственных медицинских организаций [4].

По этой причине, традиционные методы и инструменты анализа финансового состояния, используемые для коммерческих организаций, в отношении государственных организаций зачастую не пригодны. Это обусловлено тем, что они не имеют возможности распоряжаться своим имуществом, отсутствует разьединение баланса по основополагающим источникам финансирования: средства из фонда обязательного медицинского страхования, средства которые выделяются из бюджета и средства, поступившие от коммерческой деятельности (платных медицинских услуг), наличие социального страхования и т.д. [3].

На наш взгляд, современная система экономического анализа должна выступать как форма постоянной прямой и обратной связи, с помощью которой руководитель медицинской организации будет обеспечен необходимой информацией о реальном состоянии учреждения здравоохранения и о ходе реализации управленческих решений. Это позволит препятствовать возникновению различных нарушений, рискованных ситуаций и повысить эффективность деятельности организации здравоохранения.

Основные этапы проведения экономического анализа деятельности государственных организаций здравоохранения систематизированы на рис. 1, и по нашему мнению, последовательная их реализация позволяет провести анализ достаточно полно [2].

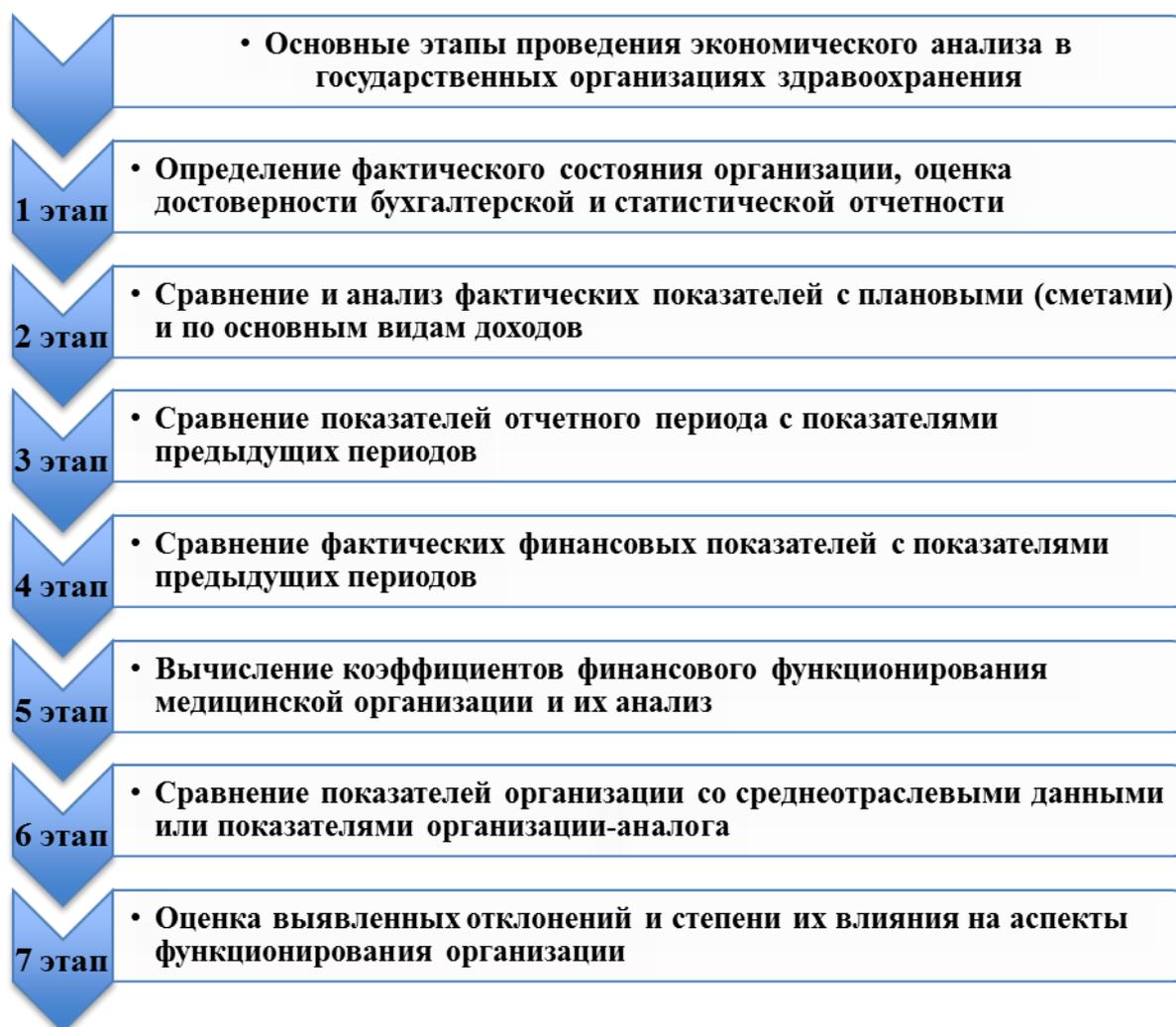


Рис. 1. Последовательность этапов осуществления экономического анализа в медицинских организациях

Первый этап включает в себя определение фактического состояния медицинской организации, оценку достоверности первичных документов бухгалтерской и статистической отчетности, результатов инвентаризации имущества.

С целью оценивания надёжности бухгалтерской отчетности нужно собрать информацию о состоянии и стоимости имущества анализируемой организации и её долговых обязательств, выполнить анализ соблюдения требований учета некоторых финансовых операций, удостовериться в том, что соответствующие финансовые операции верно отражены в бухгалтерском учете.

Второй, третий и четвёртый этапы в проведении экономического анализа предполагают оценку плановых и фактических показателей деятельности организации, а также анализ их изменения в динамике.

Следующим – пятым этапом анализа, представляется изучение финансовых показателей, которые представляют максимальный интерес. Осуществляется этот анализ на основании различных подходов уже применяемых аналитическими службами медицинской организации.

Шестой этап важен с точки зрения сравнительного анализа основных показателей деятельности организации со средними показателями в отрасли и позволяет выявить эффективность её работы.

На заключительном этапе проводится факторный анализ, с целью выявления резервов улучшения деятельности медицинской организации.

С помощью экономического анализа можно изучить динамику развития медицинской организации[1], выявить расходы по основным источникам её финансирования, показать

уровень нагрузки персонала, определить исполнение сметы с помощью план-факторного анализа. Однако возможности улучшения качества медицинской помощи населению, способствование более рациональному и эффективному использованию ресурсов, структурной реорганизации служб здравоохранения, лучшему технологическому оснащению лечебно-диагностического процесса в медицинских организациях на основе показателей существующих методик экономического анализа деятельности учреждения здравоохранения представляет некоторые затруднения.

В ходе осуществления анализа основные учетные данные подвергаются аналитической обработке, т.е. выполняется анализ данных за предшествующие отрезки времени и сопоставление с достигнутыми результатами деятельности; выявляется степень воздействия различных факторов на результаты хозяйственной деятельности; выполняется сопоставление с результатами других медицинских организаций и со среднеотраслевыми показателями. Подобный анализ предоставляет возможность обнаруживать причины негативных показателей работы организации в целом или её отдельных структурных подразделений.

Список литературы

1. Алексеева Н.В., Семенова Е.В. Оценка роли экономического анализа при изучении особенностей функционирования организаций здравоохранения. / Современные траектории развития социальной сферы: образование, опыт, проблемы, наука, тенденции, перспективы. – 2017. – С. 7-8.
2. Батищева Е.А., Рагузина Н.И. Основные проблемы финансово-экономического анализа в России. / Человек. культура. общество. Сборник научных трудов по материалам II-ой международной конференции. – 2014. – С. 36-41.
3. Воропинова О.А., Германова Ю.И. Экономические и финансовые проблемы сферы здравоохранения на современном этапе. / Наука и образование в XXI веке сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 34 частях. – 2013. – С. 36-40.
4. Зурнаджянц, Ю.А. Методическое обеспечение экономического анализа деятельности государственных учреждений здравоохранения : дисс... к. экон. наук : 08.00.12 / Зурнаджянц Ю.А. – Астрахань. – 2012. – 213 с. : ил.

УДК 332.1

ПРОЕКТНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кузьмина Лада Рудольфовна

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

Система финансирования здравоохранения требует постоянного совершенствования для достижения целей реформирования отрасли и повышения качества оказываемых услуг. В данном случае речь идет не столько о необходимости увеличения количества выделяемых средств, сколько о модернизации механизма их более эффективного распределения и использования. Недостаточность финансирования может привести к тому, что учреждения здравоохранения не будут оснащены необходимым оборудованием, что скажется на диагностике и лечении различного рода заболеваний населения.

На сегодняшний день источники финансирования такой важной для нации сферы, как здравоохранение, делятся на: федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС (обязательного медицинского страхования). Дополнительными источниками финансирования могут выступать средства, получаемые в результате добровольного медицинского страхования граждан, а также оказываемые платные услуги (доля таких поступлений незначительна). Среди основных механизмов финансирования

выделяют государственные программы, контрактные механизмы, государственные гарантии, институты государственно-частного партнерства. Также способами финансирования могут выступать гранты и субсидии, выделяемые под конкретные цели и задачи.

Существующие механизмы финансирования имеют как преимущества, так и недостатки, к основным очевидным минусам можно отнести отсутствие достаточной степени прозрачности расходования финансовых средств, недостаточная гибкость по отношению к различным задачам, реализация в большей степени только типовых проектов в здравоохранении, сложная адаптация под новые условия. Устранение указанных недостатков возможно с помощью проектного финансирования, которое предполагает выделение средств под реализацию конкретных актуальных, востребованных задач, решение которых без привлечения сторонних ресурсов является невозможным или недостаточно эффективным.

На основании анализа существующих и предлагаемых к реализации проектов (общее количество – 474), представленных в открытом доступе Агентством стратегических инициатив [1] за период с 2012 по 2017 годы, можно говорить о том, что социальная сфера (к которой относится, в том числе, и сфера здравоохранения) характеризуется наличием большого количества проектов (социальные – 154 проекта, образовательные – 150, бизнес-проекты – 170).

Несмотря на то, что данные о стоимости каждого проекта представлены в неполном виде, финансовые ресурсы, выделяемые на социальную сферу, значительно превышают сумму заявленных средств на прочие проекты. Так, если сфера образования требует 442,5 млн.рублей, а бизнес-среда – 218 604,64 млн.рублей, социальная сфера нуждается в финансировании большого количества проектов, общая стоимость которых составляет 4 570 205,99 млн.рублей.

Среди социальных проектов сфера здравоохранения представлена 24 (16% от общего числа) проектами, в таблице 1 представлены примеры проектов с кратким описанием.

Таблица 1

Проекты сферы здравоохранения, реализуемые или планируемые к запуску

Наименование проекта	Краткое описание проекта
Создание отечественного производства инвалидных кресел-колясок с электроприводом Observer	Удовлетворение потребностей инвалидов в современной, качественной и недорогой продукции посредством организации производства инвалидных кресел-колясок с электроприводом мощностью не менее 2000 электроколясок в год, с уровнем локализации более 50 процентов.
Сурдо-онлайн	Обеспечение сурдоперевода по видеосвязи, в рамках которого одно из окон организации обслуживания оснащается планшетом с камерой и вывеской «Доступно для инвалидов по слуху»
Доступная Медицина.РФ	Формирование краудсорсинговой платформы для получения оперативной информации об учреждениях здравоохранения, сообщения положительных и отрицательных отзывов об обслуживании, консультации экспертов
Развитие производства кресел-колясок активного типа для инвалидов в России	Производство единственных российских колясок активного типа с двойным складным механизмом
Программа АНТИСТРОКС	Программа по борьбе с сосудистыми заболеваниями головного мозга
Реабилитационный центр «Лазори»	Создание реабилитационного центра
Создание системы медицинской реабилитации	Создание системы медицинской реабилитации на базе ГБУ здравоохранения г.о. Тольятти
Единая благотворительная медицинская диспетчерская	Создание диспетчерской службы по оказанию медицинской помощи населению

Наименование проекта	Краткое описание проекта
служба	
Экзоатлет	Создание и развитие производства активных экзоскелетов
Моторика	Развитие производства бионических рук
Донор	Система поддержки и поощрения доноров крови
Центр Медицинской Науки «ЭЙДОС»	Создание инновационной среды для стимулирования научных исследований и перспективных разработок в сфере высоких медицинских технологий
Электронный паспорт здоровья школьника	Инструментальное обследование состояния здоровья обучающихся с последующей компьютерной обработкой

Источник: Официальный сайт Агентства стратегических инициатив [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://asi.ru/>

Как видно из таблицы 1, среди проектов, направленных на совершенствование системы здравоохранения преобладают проекты по разработке производства медикаментов, оборудования, созданию центров реабилитации и помощи, формированию открытой среды системы здравоохранения.

Проектный подход к финансированию данных проектов уже сейчас показывает свою эффективность. Из заявленных проектов 100% утверждены, в том числе: 30% оказана поддержка, 33% находятся на стадии сопровождения, 37% - на стадии экспертизы. Всю необходимую информацию о ходе реализации проектов и основных их этапах можно проследить на сайте Агентства стратегических инициатив. Таким образом, можно говорить о том, что проектное финансирование в большей степени удовлетворяет потребности сферы здравоохранения, чем иные механизмы ее финансовой поддержки, на которые требуется значительно большее время для получения средств для запуска проекта и для которых отсутствует принцип открытости и вседоступности данных о ходе реализации проекта.

Список литературы

1. Официальный сайт Агентства стратегических инициатив [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://asi.ru/>

УДК: 614.2:331.1+331.2

СТИМУЛИРОВАНИЕ РАБОТНИКОВ РАЙОННОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МЕТОДАМИ ИНЖЕНЕРНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Лауфер Константин Маркович

Россия, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Термин «стимулирование», обозначающий систему мер и приёмов, применяемых менеджментом организации, для повышения эффективности трудовой деятельности работников, происходит от латинского «stimulus», железного заострённого наконечника на палке, которой погоняли ослов в Древнем Риме. В отличие от мотивации как создания условий для формирования индивидуального внутреннего позитивного побуждения сотрудника к деятельности, стимулирование применяется к группам сотрудников, соответственно их должности и может носить как позитивный, так и негативный характер. Самый простой пример — система денежных штрафов за различные нарушения трудовой дисциплины, технологического процесса или правил техники безопасности.

Нематериальное стимулирование — это один из элементов внутренней среды организации, определяющих структуру производственных и личностных отношений в коллективе. Его важной чертой является то, что работник может и не осознавать тех способов и приёмов, которыми осуществляется это внешнее (помимо его воли) побуждение к действию.

В СССР в 70-е годы развивались способы стимулирования работников методами так называемой «инженерной психологии». Лекции по «инженерной психологии» читались во второй половине семидесятых в Высшей школе профсоюзного движения в Москве начальником экономической лаборатории завода «Красный Пролетарий» Тихоновым, который у себя на заводе, практически первым в стране, начал внедрять эти методы. Методы «инженерной психологии» берут начало в системе научной организации труда Фредерика Уинслоу Тейлора и Генри Форда. В отличие от системы Форда, сфокусированной на рационализации механизированных процессов с участием человека, «инженерная психология» видит ресурс увеличения производительности труда и повышения трудовой дисциплины в возможности мотивировать работников за счёт организации внутренней среды организации, задействовав психологические методы воздействия. Среди самых известных методов «инженерной психологии» можно назвать метод «белой вороны», скользящего начала и окончания рабочего дня, системы контроля прихода-ухода на работу (входа – выхода), повышение комфортности рабочего места, социальные услуги для работников, организованные предприятием.

Сегодня в нашей стране практически утрачены навыки эффективного применения нематериальных методов стимулирования. Бизнес и власть ориентируются, в основном, на денежные методы стимулирования, поощрений и штрафов. При всей эффективности денежных стимуляторов, ориентация только на них исключает психологический «человеческий» эффект ощущения работником причастности к «делу», что как раз характерно для методов «инженерной психологии». Кроме того, эти методы требуют минимальных, а иногда и нулевых, инвестиций и при этом приносят значительный экономический эффект. Кроме того, в современных условиях они могут рассматриваться как способ адаптации организации к быстро меняющейся внешней среде её деятельности, более того как способ проектирования будущих изменений самой этой среды.

Одним из самых интересных решений из области «инженерной психологии» было применённое Генри Фордом мотивирование работников ремонтных служб. Вместо простой повременной оплаты труда была введена оплата за время работы сборочного конвейера. Простой конвейера, связанный с его поломками, ремонтникам не оплачивался. Тем самым были мотивированы не только скорость и качество их работы, но и рационализаторские предложения с их стороны, направленные на безостановочную работу конвейера. С теоретической точки зрения оплата за время труда была заменена оплатой за результат труда. В идеале (без учёта статистической вероятности неизбежных поломок) наилучшим результатом было бы бездействие ремонтных бригад, ввиду отсутствия поломок конвейера.

Для системы здравоохранения агрегированным показателем качества работы является здоровье населения. За исключением профилактических медосмотров, плановых диспансеризаций, кампаний сезонных прививок и других подобных мероприятий, наилучшим показателем для системы здравоохранения было бы отсутствие заболеваемости населения и, соответственно, отсутствие визитов в связи с этим к врачам.

Однако, государственные медицинские учреждения в условиях жёсткого лимита бюджетного финансирования и оплаты медицинских услуг по системе ОМС, получают объективно заинтересованными в росте первичных и повторных обращений граждан за их услугами.

В то же время современные тренды развития медицины направлены в сторону персонализированной, в том числе предиктивной, и трансляционной медицины [1]. Совместно с развитием телемедицины — консультаций ведущих медиков (в том числе и при сложных хирургических операциях) он-лайн через интернет, это уже в ближайшем будущем приведёт к оттоку пациентов из традиционных районных медучреждений и, соответственно, снижению их финансирования. В этих условиях должны быть найдены стимулы работы медперсонала районных поликлиник и больниц, соответствующие изменяющейся внешней среде и предугадывающие происходящие изменения.

В отличие от большинства методов «инженерной психологии» изменение принципов оплаты труда в государственных медицинских учреждениях может быть инициировано «снизу», но для своего внедрения должно получить санкцию руководящих органов.

Применяя к районной медицине метод замены оплаты времени труда на результат труда, получим, что критерием работы врачей перестаёт быть количество принятых первичных и вторичных пациентов. Для участковых терапевтов и других районных специалистов оплата труда должна быть поставлена в зависимость от количества здоровых людей, проживающих на данном участке. Базовая заработная плата (выше средней по региону в соответствие с майскими указами Президента РФ) корректируется в зависимости от количества обращений первичных заболевших, проживающих на участке, в учреждения здравоохранения. Причём, не зависимо от организационной формы, формы собственности и месторасположения последних. При снижении количества обращений ниже расчётного базового уровня к зарплате участковых специалистов применяются повышающие коэффициенты.

Для введения подобной системы необходимо:

1. Рассчитать экономический эффект от снижения заболеваемости; разработать методику расчётов надбавок для всех медицинских специальностей;
2. Отрегулировать правовое законодательство и ведомственную нормативную систему системы Минздрава РФ;
3. Связать все медучреждения района в единую сеть с единой базой данных;
4. Создать единый координирующий вычислительный центр на уровне района, города и выше, обеспечивающий приём, обработку, хранение данных и доступ к ним в режиме реального времени;
5. Обеспечить непрерывный поток данных о здоровье населения по ключевым показателям (Big Data), что возможно на основе современных цифровых технологий работы с информацией.

Список литературы

1. Пальцев М.А, Белушкина Н.Н. Трансляционная медицина – новый этап развития молекулярной медицины. // Молекулярная медицина, № 4, 2012. – С. 3-6.

УДК 614.23:33

ПРОБЛЕМА МОТИВАЦИИ И ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Легенькова Надежда Михайловна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В сфере здравоохранения особое внимание уделяется проблеме мотивации труда. Мотивация персонала является основным способом оптимального использования ресурсов, мобилизации имеющегося кадрового потенциала. Основная цель процесса мотивации — это повышение отдачи от работников, повышение общей результативности и прибыльной деятельности предприятия.

Проблемы повышения трудовой мотивации носят системный характер и требуют комплексного подхода для их решения. Многое определяется тем, в каких условиях функционируют лечебно-профилактическое учреждение и его подразделения. В медицинском учреждении необходимо в первую очередь стимулировать развитие самого персонала, причем в двух направлениях:

- 1) повышать уровень профессионализма каждого специалиста;
- 2) повышать уровень конкурентоспособности профессионала.

Современные методы трудовой мотивации основаны на результатах социально-психологических исследований. Считается, что для эффективной мотивации работников

необходимо определить их потребности в порядке значимости и обеспечить возможность их удовлетворения в процессе трудовой деятельности. Однако истинные мотивы поведения человека достаточно сложны и не всегда доступны для понимания.

В настоящее время выделяют 2 группы теорий мотивации:

1. Содержательные теории мотивации (анализ потребностей человека, которые заставляют людей действовать определенным образом);

2. Процессуальные теории мотивации (изучение когнитивных особенностей восприятия и интерпретации информации и познания людей).

В настоящее время большинство работодателей под мотивацией понимают материальное вознаграждение работников за их эффективную и успешную работу. Но уже доказано, что деньги не всегда побуждают человека трудиться усерднее. Однако не стоит путать такие понятия, как «мотивация» и «стимулирование». Стимулирование представляет собой внешнее воздействие работодателя на своих подчиненных с целью получения от него определенного результата или выполнения определенной работы. Стимулирование проявляется в виде денежных поощрений, материальных благ и различных дополнительных льгот. Но само по себе стимулирование является средством, с помощью которого можно вызвать у сотрудников мотивацию к эффективной работе. Мотивация является формированием внутренних побуждающих факторов, действующих через самосознание и по личной инициативе работника. В современном мире, такой фактор для мотивации сотрудника и улучшение условий труда является недостаточным. Таким образом, мотивация – это важный внутренний побудитель к желанию эффективно трудиться, на которую влияет множество факторов, что доказывает сложность и многогранность мотивационных процессов. Также существуют факторы, которые удерживают человека на работе:

- величина зарплаты;
- отношение в коллективе между сотрудниками и начальством;
- условия труда и факторы, которые мотивируют к работе: достижения работника, уважение и признание его заслуг в коллективе, возможность выполнять ответственную работу в пределах своих возможностей;
- карьерный рост [2].

Обычно медицинскую практику врача или санитарки оценивает пациент. Для анализа результатов такой практики привлекают третье лицо, независимого эксперта. Но, такой вид оценки не всегда эффективен, и в связи с этим стало употребляться такое понятие как «явные стимулы мотивации работы медицинского персонала». Для этого должен предварительно проводиться тщательный анализ последствий. Существуют и неявные стимулы. Их выделяют два вида: внешние и внутренние, которые основаны на доверии. То есть, любой медицинский работник, получивший образование и специальную подготовку, несет обязательства перед пациентом – врачебный долг. Одним из значимых неявных внутренних стимулов является клятва Гиппократова, а неявным внешним стимулом – доверие пациента. На протяжении многих лет приоритетом системы оплаты труда медицинских работников были гонорар за оказанную услугу и заработная плата. Причем гонорар выплачивается при сдельной оплате труда, а заработная плата – при повременной. Важно заметить, что врачи предпочитают гонорарный метод, поскольку врач получает вознаграждение за оказанную услугу, тем самым возникает свобода при принятии решений, увеличивает производительность. Но существует и «обратная сторона медали». Зачастую медицинскому работнику выгодно завышать показатели оказанной помощи и выбирать наиболее выгодные процедуры. В итоге, побуждая пациентов выбирать определенные услуги, тем самым повышается спрос, спровоцированный предложением [1]. Что касается повременной системы, то здесь возникает вопрос о сокращении времени приема на одного пациента. Часто медицинские работники перекалывают работу друг на друга, тем самым понижая эффективность всей системы здравоохранения в целом. Чтобы сдерживать, контролировать и повышать производительность труда внедряются все новые способы оплаты труда. Одним из самых популярных вариантов является оплата услуг в расчете на каждого пациента,

прикрепленного к врачу. В данном случае, заработная плата врача зависит от количества пациентов. Но и здесь есть свои минусы. Например, чтобы не загружать себя работой, врач может обслуживать только тех пациентов, которые наиболее здоровы. Здесь существует некий риск недостаточно квалифицированной помощи врача, чтобы не тратить лишние силы и время на пациента. Наблюдается при этом, один из самых больших плюсов оплаты труда – нет перепроизводства. У всех систем оплаты труда есть и свои минусы. Поэтому на практике применяются смешанные системы, в основе которых лежит зависимость заработка от результата деятельности. Плюсы этих систем заключаются в снижении кадрового оборота, то есть в уменьшении издержек на поиски нового работника и его обучение. На сегодняшний день медицина носит в основном коммерческий характер, и поэтому услуги здравоохранения для большинства населения нашей страны становятся недоступными. Поэтому возникает вопрос – обратиться за качественной медицинской помощью в частные клиники или же прибегнуть к услугам муниципальных учреждений? Следует обратить внимание на то, что с 1 января 2013 года в России введены новшества относительно системы оплаты труда медработников: теперь деньги поступают за пациентов, то есть, чем больше людей лечится в больнице – тем больше фонд заработной платы лечебного учреждения. В связи с этим нововведением, в 2016 году заработная плата среднего медперсонала по РФ выросла на 14,4% до 28,1 тысячи рублей, у младшего медицинского персонала на 9,6% и составила 18,4 тысячи рублей [3]. По мнению экспертов, сократить текучесть рабочей силы и количество прогулов, снизить уровень конфликтности в коллективах улучшить качество оказания услуг, повысить производительность труда, условия труда и жизни персонала, стимулировать новаторство позволит создание высокоэффективных и мотивированных команд в медицинских учреждениях. И в заключении хотелось бы отметить, что любое повышение оплаты труда, должно быть эффективным, тщательно проанализированным и результат должен быть соизмерим с предыдущими показателями. В противном случае повышение оплаты труда не будет иметь мотивационного характера для рабочих или такая тенденция будет кратковременной.

Список литературы

1. Абдрахманова С.А., Галимова Ш.А. Проблема мотивации и оплаты труда медицинских работников // Международный научно-исследовательский журнал, 2013, №5.
2. Беляева И.Ф. Трудовая мотивация: Механизмы формирования и функционирования. Изменение в мотивации труда в новых условиях// Кадровый менеджмент, 2008, N 7.
3. Газета.ру. Статья «Средняя зарплата российского врача в 2016 году» от 12.04.2017г.
4. Соболева, С.Ю. Формирование мотивационного поля группы в контексте организационной культуры компании [Текст] / С.Ю. Соболева // Инновационное развитие человеческих ресурсов региона, всерос. науч. – практ. конф. (2011; Волгоград), 18 – 19 ноября 2011г., Волгоград: [материалы] Волгоград: Изд-во ФГОУ ВПО ВАГС, 2011

УДК 334.025

ПРАКТИКА ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ИНДИКАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Тхориков Борис Александрович

Россия, Белгородский государственный национальный исследовательский
университет

Федеральным законом от 28.06.2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» достижение стратегических целей и задач государственной политики, в том числе социальной, осуществлялось на основе реализации 44-х государственных программ, сгруппированных по 5-ти направлениям: «Новое качество

жизни», «Инновационное развитие и модернизация экономики», «Обеспечение национальной безопасности», «Сбалансированное региональное развитие» и «Эффективное государство». В государственные программы было включено более 2000 показателей (индикаторов), количественно характеризующих ход их реализации.

Одной из самых масштабных (6-е место из 44) стала программа развития здравоохранения. Ранее, в период экономического подъема 2000-х годов, финансирование здравоохранения шло опережающими относительно роста экономики темпами (в 2004-2007 гг. расходы на здравоохранение возросли с 3,3 до 4,0% ВВП) [1], однако наращивание расходов не привело к достижению поставленных целей в полном объеме, как отмечает аудитор Счетной палаты А. Филипенко, отвечающий за проверку реформы здравоохранения: – «ожидаемого роста эффективности и доступности медицинской помощи не произошло».

В этой связи особенно остро выглядит проблема сокращения бюджетных возможностей России в текущем периоде, по данным экспертов Высшей школы экономики [2], к 2019 г. доля расходов консолидированного бюджета на здравоохранение снизится до 3,1% (это самый низкий уровень после 2005–2006 гг.), при сохранении в неизменном виде обозначенных в майских указах Президента России целей. Запланированные масштабы работ в отрасли по-прежнему огромны: на 2017-2020 гг. программой предусмотрено федеральное финансирование мероприятий на уровне свыше 1,2 трлн рублей.

В качестве примера комплексного подхода к решению сложной, регионально значимой проблемы повышения качества жизни населения следует привести опыт Белгородской области по реализации проекта «Семейный врач» (создание офисов семейного врача в качестве пунктов первичной медицинской помощи).

В качестве основных заинтересованных в проекте сторон выступили Правительство Белгородской области, органы исполнительной власти, органы местного самоуправления, медицинские организации, крупные работодатели, жители региона, взаимодействие которых представлено на трех уровнях (рис. 1).

Первый уровень формирует требования к объему услуг первичной медицинской помощи (офисы семейного врача, а также специализированные поликлинические услуги), а также параметры конкретных организаций системы здравоохранения, находящихся в непосредственной близости от мест проживания потребителей, что обеспечивает профилактику и раннюю диагностику заболеваний.

Второй уровень ориентирован в большей мере на достижение параметров текущего развития территории (района), зависящих в том числе от здравоохранения. Здесь требования к медицинским услугам выше – неотложная, консультативно-диагностическая и стационарная помощь.



Рис. 1. Субъектно-объектная структура проекта развития системы здравоохранения

Третий уровень связан с достижением стратегических ориентиров развития региона и страны в целом, в том числе и по показателям здоровья нации. С точки зрения требований к конкретным организациям, это означает создание крупных, зачастую межрегиональных, даже уникальных центров специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Описанный проект находится в настоящее время в стадии реализации, а предлагаемая субъектно-объектная структура может использоваться в других регионах, в различных отраслях, выполняющих сложные, масштабные, социально значимые проекты.

Список литературы

1. Социальные расходы в России: федеральный и региональный бюджеты. – М. : НИУ ВЭШ, 2015. – 63 с.

2. Россия как Латинская Америка. Куда приводит бюджетная экономия на образовании и здравоохранении [электронный ресурс]. URL: <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2016/10/25/662263-rossiya-latinskaya-amerika> (дата обращения: 27.10.2017).

УДК 65.012.7

МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

ВСЕ ЛИ РЕШАЮТ ДЕНЬГИ?

Черёмушникова Ирина Кабдрахимовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Проблема мотивации персонала является самой сложной из всех задач менеджмента, а недостаток мотивации – один из сдерживающих факторов реформирования отечественного здравоохранения. В самом сложном положении находятся руководители муниципальных учреждений, чьи возможности по увеличению материального вознаграждения труда персонала ограничены. Нельзя сбрасывать со счетов и фоновый мотивационный кризис, вызванный ростом неудовлетворенности большинства медицинских сотрудников оплатой труда и снижением статуса медицинской профессии в обществе, которые произошли в ходе реформ последних десятилетия. Сложившаяся ситуация имеет объективные и субъективные причины и, конечно, требует специальной государственной политики в области поддержки медицинских кадров.

Негосударственные и коммерческие лечебные учреждения находятся в несколько иных условиях. Они уже почувствовали на себе как положительные, так и отрицательные стороны рыночных отношений (скажем, увеличение числа письменных жалоб, рост числа кверулянтов и других сложных типов пациентов) [1], и у них не осталось сомнений в том, что их успех напрямую зависит не только от уровня оснащенности предприятия, но и от выразительной корпоративной культуры учреждения, которая трансформируется в репутацию, и в конечном итоге влияет на доходы учреждения. Личная заинтересованность врачей в развитии коммуникативных навыков [2,3] и личной эффективности работе с пациентом растет.

Сотрудники муниципальных учреждений здравоохранения, напротив, не заинтересованы в повышении требований к себе и к коллективу, а руководители зачастую считают себя не вправе требовать качественного выполнения работы от своих подчиненных, т. к. уровень заработной платы продолжает оставаться низким, а интенсивность труда и ответственность при этом заметно растет.

Будем реалистами и не станем утверждать, что финансовая мотивация не важна, но в тоже время следует признать ошибкой и заблуждением уверенность большинства менеджеров в том, что деньги – это единственный мотивирующий фактор, который следует принимать в расчет. Менеджер, который уверовал в «теорию золотых наручников», часто

лишает себя многих мотивационных возможностей в отношениях с персоналом. В действительности, менеджмент давно доказал, что деньги относятся скорее к т.н. «удовлетворяющим» факторам, необходимым работникам для оправдания усилий и покрытия всех видов расходов, затраченных на работу. Настоящими же мотивирующими факторами являются те, которые лежат в сфере духовных представлений и морально-этических связей, и именно они вдохновляют людей работать с полной отдачей или просто хорошо даже если они не считают вознаграждение адекватным. Большинство из этих факторов не требуют больших материальных затрат, а требуют времени и знаний в области менеджмента.

Руководители, да и сами сотрудники часто не осознают, что сильным мотивирующим фактором для них является сам коллектив, к которому они привыкли и доброжелательные отношения между людьми. И здесь очень важным моментом является воспитание положительных традиций в коллективе. Традиции – это те образцы поведения, которые положительно оцениваются и разделяются всеми членами коллектива. Они наследуются и передаются другим поколениям работников и охраняются общественным мнением. Ценность традиций в том, что они создают благоприятную обстановку и обретают статус обязательного порядка, которого придерживаются все. Поддержание традиций рождает чувство принадлежности, которое строго соотносится с одной из базовых потребностей человека.

Сильным мотивирующим фактором являются существующие в организации способы публичного признания успехов сотрудников всех уровней, создание такой системы, когда руководитель замечает и поощряет инициативу и творческий подход к выполнению обязанностей, особенно в случае, когда сотрудники делают больше, чем от них требуется или ожидается. Хорошо, если менеджер умеет четко сформулировать, кого и за что он поощряет, чтобы положительный пример стал достойным подражания. В некоторых коллективах вводят специальные номинации для сотрудников разных уровней – высшего звена и среднего персонала – по разным направлениям. Эти номинации могут поощрять как профессиональные достижения, так и личностные качества врача, медсестры или санитарки. Менеджер должен уметь создать иерархию даже в рамках одной плоскости («горизонтальный рост»), а это возможно только если в коллективе созданы условия для соревнования, когда каждый сотрудник знаком с критериями оценки его труда

Важным стимулирующим фактором является командный подход (не путать с авторитарным стилем управления). Для этого коллектив должен быть разделен не просто на структурные подразделения по формальному признаку. Каждое подразделение должно стать командой с четко обозначенными функциями. Каждый человек должен четко понимать важность работы, которую он выполняет, чем бы он ни занимался. Никому не нравится осознавать себя просто «винтиком», от которого ничего не зависит и который можно в любой момент заменить на другой. Полезно позаимствовать некоторые спортивные традиции и атрибуты. Не случайно сегодня такую популярность приобретает геймификация. Соревновательные отношения повышают ответственность друг за друга, все члены команды становятся взаимозависимыми, и команда начинает мотивировать сама себя.

Среди других важных факторов можно назвать помощь в адаптации новых сотрудников; планирование карьеры сотрудников; привлечение к решению проблем, касающихся большинства; постановка выполнимых задач и сроков; справедливость менеджера в оценках труда, ну и, наконец, такой стиль общения с подчиненными, когда руководитель интересуется жизнью своих сотрудников, умеет их выслушать, обращается к ним за советом, может побороть в себе искушение принимать все решения самостоятельно. Не трудно заметить, что все эти мероприятия менеджмента не требуют финансовых вливаний.

Современный менеджер должен уметь вселить в коллектив уверенность в том, что именно от них зависит репутация учреждения, а вслед за этим и их статус и материальное

положение. Он должен помнить замечательный принцип мотивационного менеджмента: «Если бы люди работали только за деньги, возможно, они бы никогда не работали у вас».

Список литературы

1. Сабанов В. И., Ивашева В.В., Попова Е.Г., Мульганова Т.Б., Черёмушникова И. К. Правовые аспекты оказания медицинской помощи и работа с обращениями граждан, Справочное пособие (печ. по решению ЦМС ВолгГМУ №3 от 30.03.2016).- Волгоград, 2016.- 164 с.
2. Петров А. В., Черёмушникова И. К. Интеракция врач – пациент в межкультурном дискурсе// Культурная жизнь Юга России.- 2016.-№ 2 (61).- С 72-76.
3. Черёмушникова И. К., Петров А. В., Медведева Л. М. Коммуникативная компетентность врача в условиях медиализации культуры//Социальная сфера экономики: исследования, проблемы и перспективы развития: Монография / Под. ред С.Ю. Соболевой.- Волгоград.- Издательство ВолгГМУ, 2015.- С. 200-219.

УДК 316.774

**УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРЦЕПТИВНОГО ОБЩЕНИЯ
ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА (ОПЫТ
СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

Шиндряева Ирина Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Изучение особенностей восприятия вузовских преподавателей студентами по-прежнему остается актуальной задачей, не вызывает сомнения тот факт, что образ преподавателя, складывающийся у студентов, активно влияет на различные аспекты взаимодействия, сотрудничества с ним. От того, насколько адекватен ситуации педагог и насколько точно воспринимают его студенты, во многом зависит эффективность учебного процесса.

Под социальной перцепцией, вслед за Дж. Брунером и другими исследователями этого феномена (К. А. Абульханова-Славская, Б. Г. Ананьев, Г. М. Андреева, А. А. Бодалев, И. П. Волков, И. С. Кон, А. Л. Свенцицкий, К. Девис, Д. Дженнингс, Г. Линдсей, Г. Оллпорт, Л. Хайдер и др.), мы понимаем целостное восприятие субъектом не только предметов материального мира, но и социальных объектов - других людей или групп [1]. При этом восприятие как предметов, так и людей зависит не только от индивидуально-личностных, но и от социокультурных факторов. В нашем частном исследовании в качестве объекта социальной перцепции выступает личность преподавателя.

С целью выявления особенностей представления студентов о преподавателях нами в 2017 г было проведено исследование. В качестве испытуемых были студенты медицинских специальностей ВолгГМУ. Всего в исследовании приняли участие 114 чел. Исследование проводилось во время учебных занятий и выступало в качестве учебного задания, что способствовало повышению достоверности полученных результатов. Испытуемые не ограничивались во времени и объеме работы.

Для решения поставленных задач использовалась методика свободного описания Эссе «Идеальный образ преподавателя высшей школы», которое состояло из двух частей. К первой части давалась инструкция: «Опишите, каким бы Вы хотели видеть преподавателя высшей школы». Ко второй части - предполагалась инструкция: «Опишите собирательный образ преподавателей вуза, ведущих занятия на Вашем факультете». В инструкции не уточняется, что именно необходимо описывать в преподавателе – каждый участник исследования сам решал, что и как описывать.

Для обработки описаний использовался контент-анализ, суть которого заключалась в выделении в тексте эссе смысловых единиц, т. е. объекта, о котором имеется высказывание в тексте, а также различных черт и свойств объекта.

За единицу анализа нами выбрано смысловое суждение, которые были распределены на 7 смысловых групп: черты характера, темперамент, мимика и пантомимика, интеллект, внешность, профессиональные качества, поведение.

Рассмотрим суждения студентов медицинских специальностей по смысловым группам в табл. 1.

Таблица 1

Распределение суждений студентов медицинских специальностей по смысловым группам

Смысловые группы	Медицинские специальности		
	Образ идеального преподавателя	Собирательный образ преподавателя, ведущего занятия на факультете	
		Положительные качества	Отрицательные качества
Черты характера	Доброжелательность; Ответственность; Строгость (в меру); Требовательность (в меру); Пунктуальность; Веселый нрав	Доброта (в меру) Отзывчивость; Веселый нрав;	
Темперамент	Харизматичность	-	Излишняя эмоциональность
Мимика и пантомимика	Улыбка на лице	Улыбчивость	-
Внешность	Стильный, Ухоженный, Опрятный	Опрятность	-
Профессиональные качества	Интересно излагает материал; Любит свой предмет; Профессионал своего дела; Объективная оценка знаний студента; Широкий кругозор; Имение найти индивидуальный подход к студенту; На лекциях разбирают не только теорию, но и ситуации из практической работы преподавателя; Обладающий профессиональной интуицией	Профессионалы своего дела; Владеют глубокими знаниями своего предмета	Не всегда соблюдается субординация; Присутствует субъективная оценка знаний студента
Поведение	Дает хорошие советы, Должен относиться ко всем студентам одинаково, не имеет «любимчиков»	Помогают разобраться с трудными вопросами	Наказывают за опоздания студентов, при этом сами иногда

			опаздывают на занятия
Интеллект	Умный, Четко поставленная речь	Умные; Внимательные.	-

Респонденты выделяют такие качества как: доброжелательность; ответственность; строгость (в меру); требовательность (в меру); пунктуальность. Поясняя важность сочетания таких качеств как строгость и лояльность, аргументом «только у требовательных специалистов можно многому научиться».

Примечательно, что самый высокий процент оценочных суждений относительно личности «идеального» преподавателя наличие чувства юмора «поддерживает уместные шутки и сам умело юморит», «умеет посмеяться над собой». В этом случае под юмором, по мнению Сергеевой О.А. понимается такое педагогическое средство, в основе которого лежит осознание участниками коммуникаций различного вида несоответствий (между ожидаемым и случившимся, между видимым и реальным и т. д.), связанных с комическим эффектом, снимающее психологическое напряжение, способствующее созданию доброжелательных взаимоотношений [2].

Итак, мы обозначили некоторые особенности формирования социально-перцептивных процессов в момент общения, определяющих характер взаимодействия студентов и преподавателя. Кроме того, нами были перечислены некоторые составляющие стереотипа восприятия педагога студентами. По-видимому, приближение к этому стереотипу в плане внешности, поведения и коммуникативных техник, выбираемых преподавателем, является одним из путей повышения эффективности педагогического воздействия.

Список литературы

1. Брунер, Дж. Торжество разнообразия: Пиаже и Выготский / Дж. Брунер // Вопросы психологии. - 2001. - № 4. - С. 3-13.
2. Сергеева, О. А. Юмор в педагогической деятельности : учеб.-метод. пособие / О. А. Сергеева ; М-во образования и науки Рос. Федерации, Яросл. гос. пед. ун-т им. К. Д. Ушинского. - Ярославль : ЯГПУ им. К. Д. Ушинского, 2006. - 107 с.

УДК 614.2.07:94(470)

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЙ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Элланский Юрий Геннадьевич, Приз Евгения Вячеславовна

Россия, Ростовский Государственный Медицинский Университет

Со дня утверждения Концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации (утверждена приказом Минздрава РФ от 03.07.2002 N 210) в течение последних лет проведена определенная работа по укреплению кадрового потенциала отрасли, однако многие проблемы остались нерешенными.

Выпускники медицинских вузов не имеют желание работать в социальном здравоохранении, предпочитая частные клиники, где ответственности меньше, а оплата туда намного выше.

Довольно болезненным для всей страны продолжает оставаться вопрос обеспечения медицины квалифицированными кадрами, особенно в отдаленных районах сельской местности. Для его решения на федеральном уровне была принята программа "Земский доктор".

Федеральная программа «Земский доктор», которая начала реализовываться с 2012 года продолжает действовать и в настоящее время. В 2017 году на ее реализацию выделено более 3 млрд. рублей. Участники данной программы – аккредитованные молодые врачи, могут получить миллион рублей на покупку жилья и другие нужды, если трудоустроятся в сельской местности при наличии следующих условий:

- возраст специалиста не должен превышать 50 лет (изначально была установлена возрастная планка в 35 лет);
- российское гражданство (приезжим из бывших республик Союза придется сначала получить российское гражданство);
- минимальный период работы в сельской местности – пять лет, на которые врач подписывает соответствующий договор;
- работать на селе нужно только по дипломной специализации;
- высшее образование, ординатура или интернатура;
- потратить миллион можно на любые нужды, в том числе покупку жилья, земельного участка или строительство дома.

Поскольку программа «Земский доктор» принесла хорошие результаты, Правительством РФ было принято решение продлить ее в 2018 году.

Однако, данная программа не смогла полностью решить вопрос дефицита врачебных кадров на селе. Отработав срок контракта, медики в абсолютном большинстве случаев уезжают обратно в город. Нередко они расторгают контракт досрочно – в таком случае им приходится возвращать «неотработанную» часть полученной компенсации, иногда добровольно, иногда через суд.

Не урегулирован вопрос с уходом женщин-врачей в декретный отпуск. Согласно законодательству в период декретного отпуска трудовой стаж начисляется, а рабочее место сохраняется за специалистом, поэтому реально врач отсутствует, а у главного врача нет возможности принять другого специалиста по программе «Земский доктор» на его ставку.

Исходя из сказанного, с целью решения вопроса кадрового дефицита на селе, необходимо в Государственную Думу внести законопроект, в котором прописать норму, что беременность и отпуск по уходу за ребенком исключается из пятилетнего срока работы врача.

Помимо этого, муниципалитеты должны создать для врача все необходимые социальные условия, чтобы врач был заинтересован остаться в сельской местности и после окончания контракта. Речь идет прежде всего о повышении уровня заработной платы и предоставлении служебного жилья.

Советское государство использовало в кадровой политике очень разнообразные методы и инструменты. Идеологические и воспитательные методы ориентировали молодежь на служение идеалам коммунистической морали на принципах самоутверждения во имя служения народу, внесение личного вклада в развитие страны и т.д. Это подкреплялось и мощными административными методами, а именно, системой обязательного распределения после окончания вуза. Выпускник, получивший высшее образование полностью за государственный счет, был обязан отработать по распределению 3 года. На работу молодежь принимали только со справкой об отработке по распределению, либо со справкой о свободном распределении.

Одним из выходов из кадрового кризиса видится законодательное закрепление обязательного государственного распределения выпускников медицинских вузов, обучавшихся на бюджетной основе.

Можно полагать, что такие меры позволят восстановить престиж работы сельского врача и заполнить врачебные вакансии в сельских муниципальных медицинских организациях.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017).

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абрамова Анна Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Водопьянова Наталья Александровна*

Здравоохранение – это значимая отрасль рыночной экономики, в процессе деятельности которой происходит восстановление человеческого капитала в целях расширенного воспроизводства. Проблемы охраны здоровья населения являются в современных условиях одним из главных приоритетов государственной политики. Подтверждение этого приняты на федеральном и региональном уровнях программные документы, связанные с концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года и Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации.

Отметим, что плановые объемы финансирования здравоохранения в 2016-2017 гг. составляли в соответствии с Программой соответственно 1 628 222 347,1 и 1 804 066 893 тыс.руб., а к 2020 году - 2 052 332 359,8 тыс.руб. [1].

Не вызывает сомнения тот факт, что в системе финансирования здравоохранения значимую роль играют управленческие технологии, базирующиеся на таких решениях которые позволяют минимизировать издержки в медицине. Но при этом не снижают качества услуг для пациентов.

Оценка механизма финансирования здравоохранения не представляется возможным в отрыве от теоретико-методологических и практических разработок как отечественных, так и зарубежных авторов. В 2015 году Комитетом Европарламента по занятости и социальным вопросам были проведены исследования, которые позволили сделать вывод о том, что системы здравоохранения практически всех стран мира неизбежно сталкиваются с проблемами роста издержек [2].

В списке причин данного явления были отмечены не только применение новых дорогостоящих технологий и лекарственных средств, но и структурные сдвиги социально-демографических индикаторов (старение населения, естественная убыль жителей планеты и т.п.), инфляция и экономические кризисы. Как итог указанных выше процессов – это необходимость реформирования системы финансирования здравоохранения, направленное, прежде всего на повышение эффективности расходования средств и сокращение общих затрат.

Единая универсальная модель организации здравоохранения, которая была бы способна решить проблемы нехватки ресурсов, отсутствует. Однако, в каждой развитой стране имеются следующие факторы, которые оказывают существенное влияние на медицину:

- показатель уровня централизации регулирования развитием здравоохранения;
- методы распределения издержек, связанные с предоставлением медицинских услуг между всеми гражданами государства;
- отношения собственности;
- механизм привлечения всех видов ресурсов в систему здравоохранения;
- мероприятия по стимулированию медицинских работников и контролю потребительского поведения населения;

- формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях различных форм собственности;
- роль и влияние частного страхования в сфере предоставления медицинских услуг.

Подчеркнем, что изучение зарубежного опыта в сфере построения оптимальной модели здравоохранения необходимо, но его нельзя бездумно переносить в Россию, так как требуется существенная адаптация такого опыта к условиям отечественной экономики и менталитета граждан.

Аналитики предлагают три возможных способа добиться фискальной и экономической устойчивости системы здравоохранения [3]:

I. Эффективнее и рациональнее использовать все имеющиеся ресурсы на основе:

а) отхода от пассивного возмещения затрат поставщиков медицинских услуг к их активному приобретению, т.е. закупке;

б) поддержки и поощрения здоровой конкуренции между производителями медицинских услуг;

в) реформирования системы оплаты труда медицинских работников.

II. Повышать уровень финансирования здравоохранения из всех возможных источников, укрепляя доходную базу отрасли за счет:

а) увеличения максимального размера отчислений на социальное страхование;

б) перехода к централизованному сбору налогов, расширения перечня федеральных налогов;

в) введения мероприятий, позволяющих более полно собирать финансовые средства на нужды отрасли;

г) оптимизации процесса объединения финансовых средств путем сокращения числа фондов;

д) расширения роли и влияния частного медицинского страхования.

III. Сократить обязательства системы здравоохранения на столько, чтобы их можно было выполнить в рамках уже имеющегося федерального бюджета (т.е. ввести некоторое ограничение права на получение государственного медицинского обслуживания).

Сегодня многие специалисты справедливо полагают, что результаты реформационных процессов должны определяться, прежде всего, не объемами финансирования, а широким внедрением и использованием инновационных технологий в управлении отраслью здравоохранения.

Системное развитие отрасли потому и называется таковым, что должно включать в себя не только финансово-экономическую реформу, на базе реструктуризации здравоохранения, но и повышение качества управления на основе научно-обоснованных инновационных технологий современного менеджмента при соответствующем правовом, экономическом, нормативном, кадровом и организационном обеспечении.

Список литературы

1. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>

2. Максимова И.В., Соболева С.Ю. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. - №3. – С. 3 – 8.

3. Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. [Электронный ресурс] - Режим доступа http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_fite/O016/126025/e92469R.pсН

4. Шабашев, В. Инновационные управленческие технологии как механизм повышения эффективности расходов на здравоохранение / В. Шабашев, В. Батиевская // РИСК. – 2015. - №2. – С. 67-71.

ФИНАНСОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Абрамова Анна Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор *Косинова Наталья Николаевна*

Эффективная система здравоохранения обеспечивает воспроизводство и качество трудовых ресурсов, создающих базу для социально-экономического развития общества, поэтому вопросы совершенствования механизма финансирования отрасли, как на федеральном, так и на региональном уровне являются как никогда актуальными.

Главной целью создания эффективной системы финансирования здравоохранения выступает поиск оптимального механизма формирования, распределения и использования некоторых финансовых ресурсов, который позволил бы в полной мере решить насущные проблемы обеспечения здоровья населения .

Переход к бюджетно-страховой системе, реализация национального проекта «Здоровье» и разработка Концепции развития здравоохранения до 2020 года не решили всех проблем финансирования данной отрасли. На сегодняшний день они обозначили лишь направления дальнейшего реформирования финансового механизма системы здравоохранения. Без увеличения государственного финансирования в 2 раза невозможно добиться показателей здоровья, запланированных руководством страны к 2020 году [1].

Первейшими проблемами российской медицины являются:

- недостаток финансирования,
- неравномерное распределение ресурсов здравоохранения между различными регионами РФ и между населением, проживающим в городских и сельских условиях,
- дифференцированное бремя личных расходов на оплату медицинской помощи бедных и богатых слоев населения.

Сопутствующие проблемы:

- слабая ориентированность системы здравоохранения на нужды пациентов;
- недостаточные квалификация медицинских кадров и их мотивация к качественному труду;
- неэффективное управление ЛПУ, в том числе в части планирования объемов медицинской помощи и стратегического развития отрасли.

Необходимо завершить отработку механизма финансирования медицинской помощи с ориентацией на эффективность и конечный результат, а впоследствии и реализацию поэтапного перехода на преимущественно одноканальное финансирование медицинских учреждений.

Выявление и определение основных звеньев, участвующих в процессе управления и финансирования здравоохранения России позволило нам сделать вывод о том, что значительная роль в процессе управления и финансирования системы здравоохранения принадлежит государству. Бюджетная медицина базируется на финансировании за счёт средств госбюджета. Частная система страхования здоровья базируется на оплате медицинской помощи самим населением [2].

В системе частной медицины нет посредников при движении финансов, в бюджетном здравоохранении государство осуществляет оплату всех медицинских служб, в системе регулируемого страхования присутствует посредник в распределении финансовых ресурсов - страховая компания.

В нашем регионе разработана и осуществляется программа «Развитие здравоохранения Волгоградской области на 2014 - 2016 годы и на период до 2020 года» (далее - Программа). Её основная цель – это предоставление качественной медпомощи населения в условиях дефицита финансирования здравоохранения [3].

Правительству Волгоградской области и профильному Комитету здравоохранения следует рационально использовать ограниченные ресурсы, и учитывать риски, связанные с:

- недостатком финансирования или полным отсутствием финансирования мероприятий Программы по ходу её реализации;
- ростом инфляции, выше запланированных показателей, ухудшением макроэкономических показателей развития экономики Волгоградской области и, как результат, финансовой дестабилизации условий реализации Программы;
- изменениями федеральной нормативно-правовой основы, которая может отрицательно отразиться на ключевых показателях осуществления мер Программы.

Для сокращения указанных рисков предполагалось решение комплексных мероприятий, направленных на:

- осуществление эффективного управления отраслью здравоохранения в регионе;
- систематическое проведение мониторинга показателей выполнения Программы на основе регулярного анализа плана выполнения мер Программы;
- при необходимости перераспределение объёмов финансирования с учётом динамики и темпов достижения намеченных целей и задач, изменений во внешней среде;
- разработка механизма корректировки объёма мероприятий с учётом финансирования и ведущих целей.

При реализации Программы предполагается привлечение финансирования из средств федерального и областного бюджета, внебюджетных фондов. Общий объём финансирования Программы до 2020 года составит 265959,3 млн. руб. (с учетом финансирования отрасли в 2014-2016 годах) [3]. Детальное обоснование объёмов финансового обеспечения мероприятий программы отражено в соответствующих подпрограммах.

Объёмы средств Программы рассчитаны на основе нормативных показателей, которые каждый год устанавливаются Правительством России, по объёмам и условиям оказания медицинской и лекарственной помощи, которая предусматривает спектр профилактических, диагностических, лечебных и медико-социальных услуг, равно как и расходов на мероприятия, которые не входят в состав территориальной программы госгарантий ОМС жителей Волгоградской области на каждый финансовый год.

Ресурсное обеспечение реализации госпрограммы за счёт средств областного бюджета планируется на основе ситуации в финансово-бюджетной сфере территории, значимости проблемы, расходных обязательств и необходимости дополнительных средств при эффективном взаимодействии всех участников госпрограммы. Программа подлежит ежегодному уточнению с учётом тенденций бюджетного процесса.

К сожалению, Программа не может достичь все поставленные цели, по ряду объективных причин, основной из которых является дефицитный бюджет Волгоградской области на 2017-2018 годы.

Список литературы

1. Акишкин В.Г. Методологические подходы модернизации финансового механизма системы здравоохранения России / В. Г. Акишкин, А. Г. Гамзатова; монография. - Волгоград : Волгоградское научное изд-во, 2016. – 197 с.
2. Чубаров, Т. Экономика здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики / Т. Чубарова // Вопросы экономики. – 2015. - № 4. – С. 129-144.
3. Постановление Правительства Волгоградской области от 25.11.2013 г. № 666-п государственная программа Волгоградской области «Развитие здравоохранения

УДК 61:338.24:616.1

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКИ В УСЛОВИЯХ САНКЦИЙ

Акимова Виктория Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель *Ситникова Светлана Евгеньевна*

Санкции против России, объявленные западом в 2014 году, являются одной из наиболее обсуждаемых в современный период проблем. Они затронули четыре сферы российской экономики: банки, оборонная промышленность, ТЭК и поставки отдельных видов продовольствия. Это привело к определенным трудностям, например, в банковском секторе к ограничению источников финансирования и внешних займов, оттоку иностранных инвестиций. В сложившейся ситуации в России, следует отметить, что она во многом зависима от ввоза наукоемких технологий, лекарств, продукции машиностроения и продовольствия. Запрет на экспорт и импорт резко отразился на экономике страны.

Следовательно, антироссийские санкции и ответные защитные меры с российской стороны, показали неэффективное экономическое развитие страны. Если ранее экономика России в большей степени существовала за счет экспорта топливных, энергетических и других природных ресурсов, и развитие других отраслей не было прямой необходимостью, то теперь перед экономикой России остро встал вопрос коренного преобразования. За очень короткий срок необходимо совершить рывок в производстве и повышении конкурентоспособности своей продукции, а также импортозамещении, на который ранее потребовались бы многие годы.

Таким образом, для отечественных производителей появляется возможность увеличивать производство продовольственной и промышленной продукции, расширять каналы сбыта на внутреннем и внешнем рынке. Все это должно стимулировать предпринимателей к расширению, внедрению новых технологий и модернизации производства.

Важное значение в преобразовании экономики страны в современных условиях играют регионы.

Впервые за всю историю местного самоуправления, на основании ФЗ № 136 руководителям регионов дана возможность самим определять способы и методы управления подотчетными территориями. При этом одна из главных задач региональной власти – снижение зависимости региона от федеральных поступлений, развитие собственной экономики и улучшение качества жизни населения.

Главная задача в агропромышленном комплексе – развитие сельского хозяйства. Региональной власти необходимо обеспечить развитие и поддержку наиболее важных отраслей АПК - это зерновое производство, племенное и промышленное скотоводство, растениеводство. Необходимы более эффективные меры региональных властей по поддержке становлению и развитию фермерских хозяйств, частных подворий и предпринимательства. Кроме того, для этого есть многие необходимые природные ресурсы. Например, треть всех мировых запасов чернозёмов принадлежит России, что позволяет развивать сельскохозяйственное производство. Но, пока на мировом аграрном рынке Россия выступает в большей мере как импортёр, чем экспортёр. То же наблюдается и во многих отраслях промышленного производства. Именно решение этих задач необходимо осуществлять в ближайшее время.

Министерство экономического развития России разработало целый ряд мер по поддержке и развитию экономики в сложившихся условиях по каждой из отраслей. Некоторые из них можно отметить:

– федеральные целевые программы, направленные на развитие отдельных отраслей производства;

– государственные инвестиции в развитие инфраструктуры: строительство автодорог, скоростной трассы Москва – Санкт-Петербург, реконструкция Транссиба, строительство Крымского моста, что позволит решить так называемую логистическую проблему, расширить рынки сбыта.

– налоговая политика и таможенно-тарифное регулирование остаётся одним из важнейших рычагов, с помощью которых государство активно влияет на экономическую ситуацию. В условиях санкций налоговая политика будет направлена, прежде всего, на привлечение капитала в российскую экономику, путем предоставления различных налоговых льгот для инвесторов в зависимости от вида и зоны их деятельности.

– поддержка малого и среднего бизнеса в различных отраслях производства (пищевая, перерабатывающая, текстильная промышленность, сельское хозяйство). Здесь предоставляются государственные субсидии на модернизацию производства и приобретение оборудования в лизинг, системы льгот по уплате налогов. Ведется работа по упрощению требований трудового законодательства для малого и среднего предпринимательства, что позволит создать новые рабочие места, расширить штат сотрудников и увеличить объёмы производства.

Итак, сегодня мы видим негативное влияние санкций на российскую экономику и жизненный уровень населения. Но данную ситуацию просто необходимо использовать для преобразования российской региональной экономики и восстановления разрушенного в 90-е годы производства. Сейчас у российских производителей появился шанс расширить свое производство продукции, повысить ее конкурентоспособность, завоевать региональные рынки, обеспечив тем самым население продукцией собственного производства. Для этого есть необходимый потенциал - это и природные ресурсы, и человеческий ресурс, и государственная поддержка. Региональная экономика должна пройти серьёзные структурные изменения. Для решения этой задачи необходима совместная работа предпринимателей, федеральных и региональных органов власти.

Список литературы

1. Думнова Н.А., Лазаренко А.Л., Солдатова М.А. Проблемы и Перспективы развития региональной экономики в условиях санкций. Фундаментальные исследования. – 2015. – № 2-13. – С. 2891-2894.

РОЛЬ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Арутюнян Микаел Эдвардович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. *Соболев А.В.*

Особенность медицинской организации состоит в том, что практически весь коллектив имеет дело с пациентами. Эти люди обратились в медицинское учреждение, имея, как правило, проблемы с личным здоровьем, а не с неодушевленными вещами. Отсюда особые требования должны предъявляться коллективу в отношении корпоративной культуры и врачебной этики.

Именно поэтому функционирование команд в медицинской организации отличается некоторой спецификой, состоящей в том, что медицинские услуги затрагивают очень специфические понятия «здоровье», «жизнь», «смерть» и др.

Высокие требования к качеству медицинской помощи населению с рациональным использованием доступных ресурсов удовлетворяются при помощи формирования и поддержания высокоэффективной команды с чётко регламентированными и разграниченными полномочиями.

Врачи и медицинский персонал выполняют функции по диагностике и лечению пациентов.

Работники в области логистики, эксплуатации, безопасности и финансирования поддерживают бесперебойность и качество лечебно-диагностического процесса.

Маркетинговые службы определяют потребности населения в медицинских услугах и формируют вместе с экономистами обоснованные программы по их удовлетворению, а управленческие кадры обеспечивают их координацию, постановку задач и контроль за их исполнением для достижения поставленных целей деятельности медицинского учреждения.

Всё это указывает на то, что командообразование обеспечивает функционирование медицинской организации как единого организма, где все процессы сбалансированы, и результаты работы каждого работника важны для медицинского учреждения, так как нацелены на реализацию общих для учреждения стратегических задач:

- 1) улучшение качества медицинской помощи;
- 2) максимальное обеспечение медицинскими услугами нуждающихся;
- 3) развитие лечебно-диагностической базы;
- 4) достижение рационального использования ресурсов.

Таких высоких результатов будет трудно достичь без должной мотивации и развития персонала как команды.

Роль команд в динамике функционировании медицинской организации состоит в том, что благодаря командообразованию можно добиться серьезного увеличения показателей организации, а именно:

- 1) повысить производительность медицинского персонала;
- 2) улучшить качество оказываемой медицинской помощи;
- 3) улучшить условия труда и жизни медицинских работников;
- 4) сократить текучесть кадров и количество прогулов;
- 5) снизить уровень конфликтности в команде;
- 6) стимулировать новаторство;
- 7) добиться снижения издержек в пределах 30–70%.

Этого достаточно, чтобы говорить о высокой целесообразности образования команд в медицинской организации. Нахождение членов коллектива в команде, перед которой поставлена определённая задача, внушает человеку энтузиазм, мотивирует на труд.

Применительно к медицинской организации эффективное управление командой преследует следующие цели:

- 1) улучшить финансовый результат за счёт:
 - а) своевременного и полного обеспечения материальным и нематериальным вознаграждением в соответствии с достигнутыми целевыми показателями, оценкой качества работы;
 - б) привлечения на конкурентной основе высокопрофессиональных врачей и других специалистов и расстановки их в соответствии с требованиями компетенций, последующей ротацией и повышением квалификации;
 - в) формирования благоприятной корпоративной культуры в команде и снижения риска потери и «вымывания» квалифицированных кадров и реализации программ их удержания;
 - г) внедрения корпоративной идеологии, направленной на повышение ответственности за выполняемые задачи, поощряющей инициативу и творчество

работников, понимание персональной значимости и роли в реализации миссии медицинского учреждения;

д) подготовки адекватных программ мотивации членов команды;

2) повысить качество конечных результатов деятельности медицинской организации за счёт:

а) постоянного совершенствования знаний, навыков и умений работников путём постоянного вовлечения их в разработку и принятие решений и ротации кадров для создания высокоэффективных рабочих групп;

б) стимулирования проведения консультаций с ведущими врачами и первоклассными специалистами во всех областях медицины и на всех этапах лечебно-диагностического процесса, передачи накопленного опыта и знаний;

в) поощрения горизонтальных (между специалистами различных подразделений) и вертикальных (между специалистами и руководством подразделений) форм сотрудничества членов команды;

г) внедрения практики самостоятельного своевременного контроля и анализа за соответствием фактических результатов целевым (нормативным);

д) применения эффективных методов оценки качества диагностики и лечения пациентов;

е) мотивации членов команды, основанной на управлении по целям и показателям.

Исследования показывают, что использование в системе мотивации только одного денежного стимулирования недостаточно и неэффективно, поскольку для многих работников немаловажными мотивами являются удовлетворенность выполняемой работой, понимание полезности результатов труда для людей, удобное рабочее место, признание личных заслуг, статусность, набор привилегий, наличие компенсационного пакета, возможность самостоятельно принимать решения, интересная работа и поощрение творческого подхода.

Таким образом, функционирование команд в медицинской организации отличается некоторой спецификой, состоящей в том, что медицинские услуги затрагивают очень специфические понятия «здоровье», «жизнь», «смерть» и др. Персонал медицинской организации сталкивается с особыми требованиями корпоративной культуры и врачебной этики, удовлетворяются при помощи формирования и поддержания высокоэффективной команды с чётко регламентированными и разграниченными полномочиями. Этим определяется роль команд в динамике функционирования медицинской организации.

Список литературы

1. Базаров, Т. Ю. Управленческие команды и их формирование / Т. Ю. Базаров, И. В. Рыбкин, Т. С. Пыркова. – М.: РАГС, 2013. – 138 с.

2. Соболева, С.Ю. Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С.Ю. Соболева, Обьедкова Л.В.// Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. - ВолГУ, 2009. С. 165 – 169.

УДК 331.1

ПУТИ УПРАВЛЕНИЯ ЛОЯЛЬНОСТЬЮ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Батычёк Анастасия Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент *Кукина Елена Николаевна*

Лояльность медицинских работников имеет особое значение ввиду специфики их деятельности. Им доверяют жизнь и здоровье людей, поэтому вопрос поддержания и

увеличения лояльности медицинских сотрудников должен обязательно рассматриваться одним из первых в медицинских учреждениях.

Административные, правовые и экономические пути управления персоналом медицинских организаций, при которых отношения работника и работодателя становятся исключительно экономическими, общепризнаны и широко используются. Одновременно многочисленные исследования показывают, что размер денежной компенсации не влияет на удовлетворенность от работы, поэтому материальная мотивация имеет достаточно ограниченное влияние на вовлеченность и результативность медицинского работника. В связи с этим особое значение приобретает управление лояльностью. В кадровом менеджменте лояльность рассматривается как поведение работника в контексте характера организационной культуры, философии организации, управления по целям, эффективности работы персонала, степени вовлеченности персонала в работу, системы мотивации и вознаграждения персонала. Таким образом, лояльность сотрудника – это осознание им своей деятельности, как важной составной части деятельности компании и желание работать на ее благо [3].

Проецируя современные теории социальных установок (М. Смит, Дж. Брунер, Р. Уайт) на диаду «медицинская организация (МО) – медицинский работник (МР)», получаем, что лояльность МР к МО содержит три компонента:

- когнитивную составляющую – убеждения, мнения, представления, умозаключения, образованные в результате познания МО;
- аффективную составляющую: эмоции, чувства и переживания, связанные с АО;
- поведенческие намерения: ожидания, стремления, замыслы, планы действий в отношении МО.

Лояльность МР к МО выступает как суммарная оценка, включающая в себя все эти компоненты. Элементы системы взаимосвязаны, и изменение одного из них может привести к изменению другого.

Исследования ученых в области лояльности показывают, что в отношении МР преобладает аффективный тип лояльности, что говорит о психологической привязанности сотрудников к организации, отражающей эмоциональный настрой к определению целей и ценностей деятельности. Соответственно, наиболее действенными методами управления лояльностью МР являются методы, благоприятствующие формированию позитивного эмоционального настроя, такие как совершенствование качества процесса работы, оптимизация коммуникационных процессов в МО, налаживание отношений между руководителями и подчинёнными. Именно развитие эмоциональной лояльности будет способствовать успешному управлению лояльностью в долгосрочной перспективе [1].

Эмоциональный настрой медицинского работника, а следовательно, его лояльность формируются через социально-психологический климат коллектива.

Также одним из инструментов управления лояльностью может служить оптимизация коммуникационного процесса (табл. 1).

Таблица 1

Инструменты формирования лояльности в организации

Инструмент лояльности	Примеры применения
Постоянное информирование сотрудников, а также вовлечение их в совместное обсуждение	Руководитель не только донес до сведения сотрудников новый график работы, но и выслушал комментарии и предложения по усовершенствованию и оптимизации рабочего места
Командообразующие тренинги и мероприятия	Инструмент хорош в применении, если на территории организации функционируют несколько подразделений. Это поможет коллективу сплотиться и более эффективно выполнять свою работу
Материальное и нематериальное	Руководитель может сформировать определенные критерии начисления

стимулирование	заработной платы, для того чтобы система оплаты труда была более прозрачной и объективной для персонала
Улучшение условий труда	После того, как в офисе поменяли цвет стен и поставили новую мебель, психологический климат в коллективе улучшился, а продажи пошли вверх
Подбор и отбор персонала	Еще на этапе подбора и отбора персонала может сформировать штат лояльных сотрудников с помощью тестирования, собеседования или тренинга

Помимо указанных в таблице методов, можно отметить профессиональные соревнования и конкурсы, корпоративные мероприятия, создание внутренних средств массовой информации и т. д. Выбор мероприятий зависит от результатов оценки лояльности у сотрудников. Развитие лояльности и вовлеченности персонала потребует значительных ресурсов, которые в будущем окупятся, когда лояльность и вовлеченность персонала начнут работать на организацию.

Любая организация должна заботиться о лояльности своих сотрудников, если желает работать в долгосрочной перспективе. Именно лояльные сотрудники обладают высокой профессиональной мотивацией, которая влияет на всю деятельность в целом. Даже, невзирая на трудности, угрозу банкротства, организационные перемены, такие работники будут служить верой и правдой организации [2].

Список литературы

1. Мельникова Е. В. Стратегические аспекты управления лояльностью персонала // Экономика и современный менеджмент: теория и практика. – 2014. – № 36–2. – С. 41–46.
2. Пустынникова Ю.М. Условия формирования лояльности // Кадровик. – 2010. – №6. – С. 121-123.
3. Шаленкова Е. В., Кононова С. В. Инструменты управления лояльностью фармацевтических работников // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – №3 (158). – С. 150-153.

УДК 65.012.7

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В РАЗВИТИИ ИНФРАСТРУКТУРЫ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Беляева Юлия Михайловна

Россия, Волгоградский государственный университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор *Косинова Наталья Николаевна*

Социальная инфраструктура – это совокупность предприятий, обеспечивающих одну из значимых сфер жизнедеятельности человека. В социальную сферу входят такие области как здравоохранение, образование, спорт, туризм, культура и социальное обслуживание. Для реализации данных областей разработана Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года, целью которой является определение путей и способов обеспечения устойчивого повышения благосостояния российских граждан, национальной безопасности, динамичного развития экономики. Одной из главных проблем совершенствования концепции является недостаток у государства необходимого и стабильного бюджетного финансирования. Поэтому для того чтобы Россия вышла на новый экономический уровень необходимо включить механизмы государственно-частного партнерства.

В РФ консолидацией механизмов государственно-частного партнерства занимается АНО «Национальный центр ГЧП». Деятельность центра направлена на аналитическое обеспечение целенаправленного развития сферы ГЧП, на развитие законодательства, на

формирование и подготовку эффективных проектных команд, в задачи которых входит компетентное сопровождение проекта ГЧП на всех стадиях: от определения концепции до непосредственной реализации. Центр является единой независимой экспертной платформой в сфере ГЧП, которая позволяет аккумулировать усилия и оптимизировать издержки уже действующих в настоящий момент элементов инфраструктуры поддержки ГЧП-проектов. [1]

Государственно-частное партнерство в РФ направлено на решение основных социальных проблем. К наиболее волнующим проблемам относится бедность населения. За 2016 год по данным Росстата насчитывалось 22,7 млн. человек с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, что говорит о явном росте по сравнению, с предыдущим годом цифры которого составляют 14,4 млн. человек. Данная статистика обусловлена нехваткой рабочих мест и спецификой рынка образования. ГЧП в сфере образования является «стратегическим союзом» между государством, бизнесом и образовательных учреждений. [3]

Благодаря механизму ГЧП выгода государства проявляется в развитии «рыночного» элемента предоставления общественных благ в целях повышения качества образовательных услуг, создания общества с более многочисленным средним классом и развитым предпринимательством. В бизнес-структуре: развитие «общественного» элемента в предоставлении частных благ на основе социальной ответственности бизнеса, возможности оценки и привлечения знаний в конкретный бизнес. Для образовательных учреждений: дополнительное финансирование образовательных процессов, доведение результативности образовательных услуг и научных разработок до коммерческого уровня.

Не менее острой социальной проблемой в России является здравоохранение: несбалансированность имеющихся финансовых ресурсов и государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, недостаточное качество и доступность медицинских услуг, недостаточное оснащение медицинских учреждений. ГЧП в сфере здравоохранения реализуется:

- финансирование медицинских услуг (расширение роли ДМС),
- участие частных страховых компаний в страховании населения;
- привлечение МО всех форм собственности на равных правах к реализации государственного заказа;
- управление государственной собственностью.

По состоянию на начало 2017 года в РФ прошли стадию принятия решения о реализации 2446 инфраструктурных проектов, предусматривающих привлечение частных инвестиций на принципах ГЧП. Социальная инфраструктура имеет 281 (11%, 204 млрд. руб.) проектов из 2446, которая включают в себя:

- 91 проектов – здравоохранение и санитарно-курортное лечение;
- 31 проектов – культура и досуг;
- 64 проектов – образование;
- 38 проектов – социальное обслуживание населения;
- 24 проектов – туризм;
- 23 проектов – физическая культура и спорт.

В чём состоит преимущества использования ГЧП для государства, предпринимателей и граждан? Экономические интересы государства: модернизация государственного и муниципального секторов экономики; экономия средств бюджета и рост налоговых поступлений; формирование конкурентной среды. Экономические интересы предпринимателей: получение доступа к новым сферам экономики; координация планов развития частных компаний с государственными и муниципальными планами; получение дополнительных доходов в форме прибыли от распоряжения государственными активами. Гражданам обоюдная реализация экономических интересов государства и предпринимателей на основе ГЧП дает возможность достичь следующих результатов: роста благосостояния, уровня и качества жизни; увеличения

результативности использования ресурсов на определенной территории; повышения политической и социальной стабильности. Таким образом, ГЧП позволяет максимально учесть интересы государства и бизнеса и дает положительный импульс развитию социальной сферы. [2]

Список литературы:

1. Исследование «Государственно-частное партнерство в России 2016–2017: текущее состояние и тренды, рейтинг регионов» // Ассоциация «Центр развития ГЧП». – 2016. – С. 32.
2. Официальный сайт «Национальный центр государственно-частного партнёрства» // Электронный ресурс / <http://pprcenter.ru/funkcii/>
3. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики // Электронный ресурс / <http://www.gks.ru/>

УДК 338.984

**ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ БЮДЖЕТНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Болдырева Полина Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор, д. э. н. *Косинова Наталья Николаевна*

Состояние здоровья населения – достаточно точный индикатор социально – экономического состояния страны в целом. Речь идёт не только о качестве и объёме оказываемых услуг по профилактике, лечению и диагностике населения, но и о санитарно-эпидемиологическом благополучии того или иного региона. В связи с секвестрованием федерального бюджета в разрезе здравоохранения, что ведет, в первую очередь, к уменьшению заработных плат работников, а так же к ненадлежащему выполнению государственного задания, федеральные бюджетные учреждения здравоохранения вынуждены искать всевозможные источники финансирования.[1]

Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения № 52 от 30 марта 1999 года, и именно Статья 47. Финансирование государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации гласит: «финансирование государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации осуществляется за счет:

- средств федерального бюджета;
- средств, поступающих за выполнение работ и оказание услуг учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации по договорам с гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами;
- средств, получаемых от граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в порядке возмещения дополнительно понесенных органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации расходов на проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- средств, получаемых от издательской деятельности;
- добровольных взносов и пожертвований граждан и юридических лиц;
- других, не запрещенных законодательством Российской Федерации источников.» [2]

В 2017 году количество бюджетных средств, выделенных на здравоохранение сократилось, за счет выделения бюджетных средств на социальную политику и оборону страны, более того, в 2018-2020 гг. планируются мероприятия, которые подразумевают увеличение стоимости медицинских и санитарных услуг, что сократит уровень финансирования из бюджета.

Так, например, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора в Волгоградской области» имеет в своем составе четыре отдела: обеспечения санитарного надзора, отдел по обеспечению эпидемиологического надзора, отдел организационного обеспечения, отдел технического обеспечения и лабораторных испытаний, 12 лабораторий. В районах области функционируют 8 филиалов.

Проанализировав балансы и отчеты о финансовых результатах деятельности центра за 2015 и 2016 годы, можно сказать, что большую часть доходов ФБУЗ получает из средств федерального бюджета, а так же от внебюджетной деятельности центра и его филиалов. Таким образом, доходы центра за 2015 год составили 271 517,8 тыс. р., в то время как расходы на оплату труда, приобретение услуг, социальное обеспечение и прочие расходы стоили центру 286 997,9 тыс. р., что значительно превышает доходную часть за данный период и это, конечно же, неблагоприятно складывается на функционировании центра. Что касается 2016 года, динамика показывает положительную тенденцию. Доходы от государственных и целевых субсидий и платных услуг принесли 248 011,5 тыс. р. в 2016 году. Расходы за данный период по тем же статьям, что и в 2015 году, составили 237 553,6 тыс. р. (рис.1) [3]

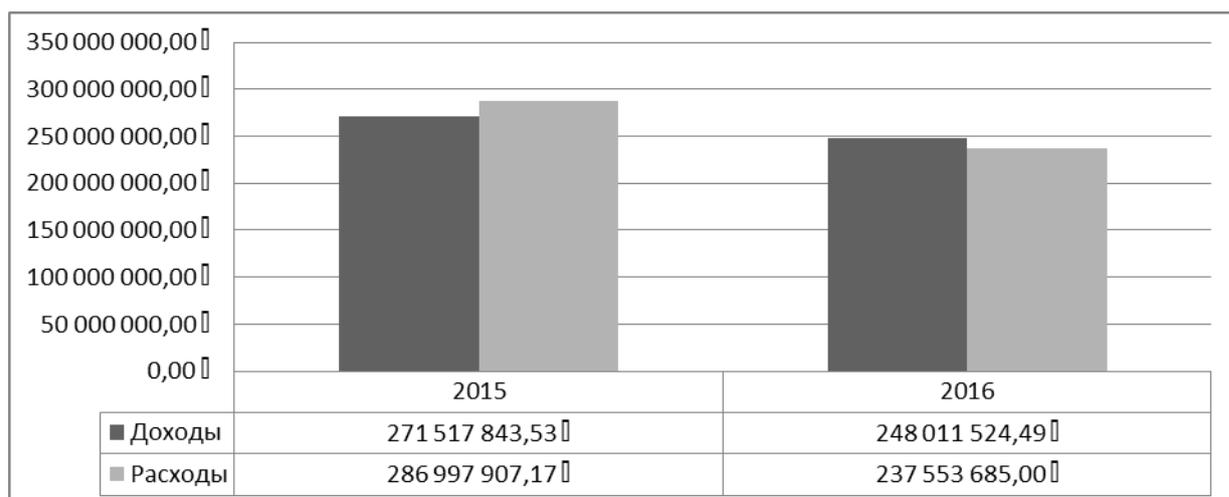


Рис.1. Соотношение доходной и расходной части в ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области" за 2015 и 2016 год.

Источник: составлено автором на основании отчетной деятельности ФБУЗ «ЦГиЭ»

В 2017 году доходы продолжают расти за счёт проведения платных мероприятий – санитарно-гигиеническое обучение, оказание услуг – выдача санитарно-эпидемиологических заключений на соответствие зданий, помещений санитарно-гигиеническим нормативам, выполнения работ – выдача протоколов гигиенической оценки физических факторов (освещённость, электромагнитные поля, микроклимат), а так же лабораторные исследования воды, почвы, продуктов питания, товаров бытового назначения и тд. Несмотря на относительно положительную тенденцию, центр видит перспективу развития и увеличения финансовых показателей в роспуске нерентабельных филиалов. Так, например, в Котельниковском районе инфраструктура практически не развита. В связи с этим руководством было принято решение о закрытии Котельниковского филиала с 2018г. Такая же ситуация с филиалом в Палласовском районе.

На сегодняшний день в центре и филиалах работает 744 сотрудника. Средний медицинский персонал (помощник врача) не может выполнять работу врача, а так же

получать заработную плату больше самого врача, поэтому это позволяет выделять меньше бюджетных средств на заработную плату работникам, но в то же время центр страдает от недостатка кадров. (рис.2)

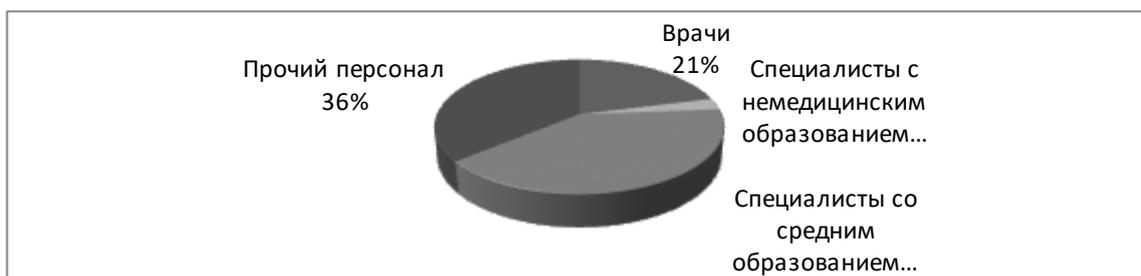


Рис.2. Процентное соотношение специалистов центра

Источник: составлено автором

Таким образом, оптимизация работы самого учреждения и его филиалов – является единственным выходом для оптимизации работы учреждения, а именно ликвидация нерентабельных объектов деятельности, что уменьшит расходную часть бюджета учреждения, и увеличение доходной части бюджета за счет внебюджетной деятельности – платных работ и услуг.

Список литературы.

1. Консультант плюс. Федеральный закон от 19.12.2016 N 415-ФЗ (ред. от 01.07.2017) "О федеральном бюджете на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов"
2. Консультант плюс. Федеральный закон "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" от 30.03.1999 N 52-ФЗ (последняя редакция)
3. Правоустанавливающие документы ФБУЗ «ЦГиЭ в Волгоградской области»: отчет о финансовых результатах деятельности учреждения за 2015-16г. Форма 0503721 <http://fguz-volgograd.ru/o-centre/pravoystanavlivaushie-dokumenty>

УДК 001.51

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ И ЕГО ЗНАЧИМОСТЬ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА

Болдырева Полина Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Соболева Светлана Юльевна*

Системный подход — комплексное изучение явления или процесса как единого целого с позиций системного анализа, т. е. уточнение сложной проблемы и её структуризация в серию задач, решаемых с помощью экономико-математических методов, нахождение критериев их решения, детализация целей, конструирование эффективной организации для достижения целей. [1]

Системный подход позволяет устранить главный недостаток подходов различных школ управления, который заключается в том, что они сосредотачивают внимание на каком-то одном важном элементе. Системный подход означает анализ не в отдельности, а в системе, т.е. определенной связи элементов этой системы.

Основными принципами системного подхода являются:

– целостность; что позволяет рассматривать систему как единое целое, состоящую из подсистем;

- иерархию; предполагает наличие элементов от управляющей системы к управляемой;
- структуризация; предполагает анализ элементов системы организационной структуры;
- множественность; рассматривается как совокупность моделей различных систем и ее элементов. [2]

Системный подход представляет собой форму приложения теории познания и диалектики к исследованию процессов, происходящих в природе, обществе, мышлении. Его сущность состоит в реализации требований общей теории систем, согласно которой каждый объект в процессе его исследования должен рассматриваться как большая и сложная система и, одновременно, как элемент более общей системы. [3]

Говоря о системном подходе в планировании здравоохранения, можно говорить о некотором способе организации действий на этапе разработки планов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей в системе здравоохранения, а также методов более эффективного использования ресурсов для достижения поставленных целей. [4] На наш взгляд, система состоит в том, что, управляя медицинской организацией, главный врач должен точно знать, какой персонал работает в его лечебно-профилактическом учреждении, насколько работники готовы к работе с новейшим оборудованием, может ли учреждение позволить себе приобрести это оборудование, в каком объеме следует закупать препараты и товары медицинского назначения, своевременно обучать персонал и способствовать повышению их квалификации. То есть, все эти вопросы создают целую систему в управлении медицинским учреждением. Организационная структура всех медицинских бюджетных учреждений является централизованной, поэтому на основании обратной связи в виде отчетной документации и прогнозирования руководитель принимает стратегические решения, касающиеся конкретного медицинского учреждения. Из этой системы нельзя изъять какой-либо один элемент, поскольку всё выше перечисленное является жизненно необходимыми условиями для существования лечебно-профилактического учреждения. Сам процесс работы лечащего врача можно назвать систематизированным. Для постановки диагноза, врач-терапевт направляет больного к узким специалистам для обследования, сдачи анализов, проведения исследований, на основании результатов, врач ставит диагноз, назначает лечение, то есть организует лечебный процесс и планирует дальнейший ход лечения и реабилитации. [5]

Значение системного подхода заключается в том, что управляющее звено медицинской организации может проще согласовывать свою конкретную работу с работой организации в целом, если руководство понимает систему и свою роль в ней. Это особенно важно для главного врача, потому что системный подход стимулирует его поддерживать необходимое равновесие между потребностями отдельных подразделений и целями всей организации. Он заставляет его думать о потоках информации, проходящих через всю систему, а также акцентирует внимание на важности коммуникаций. Современный руководитель медицинской организации должен обладать системным мышлением, так как: главному врачу необходима системная методология, с помощью которой он мог бы соотносить одно направление деятельности своей организации с другим, не допускать квазиоптимизации управленческих решений. Понимая сущность организации, которой управляет главный врач, не только как целую систему, но и ее составляющие, он может принимать управленческие решения, которые не погубят его организацию, а наоборот, повысят ценность, увеличат конкурентоспособность в сегменте бюджетных медицинских услуг. Руководитель медицинской организации должен видеть за частным - общее, какое место его организация занимает во внешней среде, как она взаимодействует с другой, большей системой, частью которой является. Системный подход в управлении позволяет руководителю более продуктивно реализовывать свои основные функции: прогнозирование, планирование, организацию, руководство, контроль. [6]

Системный подход помогает установить причины принятия неэффективных решений, он же предоставляет средства и технические приемы для улучшения планирования и контроля.

Таким образом, системный подход позволяет нам комплексно оценить медицинскую деятельность и деятельность системы управления на уровне конкретных характеристик. Это поможет анализировать любую ситуацию в пределах отдельно взятой системы, выявить характер проблем входа, процесса и выхода. Применение системного подхода позволяет наилучшим образом организовать процесс принятия решений на всех уровнях в системе управления медицинской организацией.

Список литературы.

1. Мухин В.И. Исследование систем управления. Учебник для вузов. - Москва: «Экзамен», 2013. - 232с.
2. Трусова С. В., Тараканова К. Л. Системный подход к совершенствованию менеджмента организаций в современных условиях // Молодой ученый. — 2016. — №12. — С. 1476-1478.
3. Бочарников, В. П. Основы системного анализа и управления организациями. Теория и практика: моногр. / В.П. Бочарников, И.В. Бочарников, С.В. Свешников. - М.: ДМК Пресс, 2014. - 167 с.
4. Радченко, А. И. Основы государственного и муниципального управления. Системный подход / А.И. Радченко. - М.: Издательский центр "МарТ", ИКЦ "МарТ", 2013. - 568 с.
5. Соболева С.Ю., Максимова И.В. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. - №3. – С. 3 – 8. - ISSN 1995 – 7225
6. Соболев, А.В. Некоторые аспекты применения системного подхода в управлении предприятием [Текст] / А.В. Соболев // Современное состояние и тенденции развития гуманитарных и экономических наук: Сборник научных трудов III межвузовской научно-практической конференции с международным участием, г. Волгоград, 12 апреля 2011 г. /Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2011

УДК 65.012.7

УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Вальчук Юлия Сергеевна

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

Организация труда представляет собой систему рационального взаимодействия работников со средствами производства и друг с другом, основанную на определенном порядке построения и последовательности осуществления трудового процесса, направленного на достижение и перспективных целей деятельности учреждения и на систему информационного обеспечения хода трудового процесса и его результатов.

Управление организацией труда в любом учреждении осуществляется путем планирования совершенствования организации труда, которое является частью экономического планирования его деятельности, и строго выполнения запланированных мероприятий.

Рыночные отношения не отрицают необходимости планирования внутри учреждений, но и повышают его значение. Планированию предшествует анализ уровня организации труда и выявление на его основе слабых звеньев в организации труда. Главным требованием, предъявляемым к такому планированию в медицинском учреждении, является максимальная конкретность и обоснованность каждого этапа

работы. И конечно планирование мероприятий по совершенствованию организации труда должно основываться на четкой системе норм и научной организации труда. [6]

Нормирование является важнейшим элементом организации труда, сущность которого заключается в определении объективно необходимых затрат рабочего времени при проектировании рациональных трудовых процессов и установлении прогрессивных, научно обоснованных норм труда. Системы норм труда способствуют наилучшему использованию материальных и трудовых ресурсов, поскольку она является первоосновой организации труда и определяется на основе одного или нескольких трудовых нормативов.

В здравоохранении применяются следующие нормы труда.

Нормы времени это регламентированная продолжительность выполнения единицы работы персоналом или группой сотрудников в типизированных организационно-технических условия деятельности.

Нормативы численности (штатные нормативы) – необходимая численность персонала для выполнения всех возложенных на учреждение функций и определенного объема работы, устанавливаемая по нормативным показателям и их сочетаниям, расчетным величинам. [7]

Нормы нагрузки (обслуживания)- установленное количество работы, выполняемой в единицу времени персоналом или группой персонала в конкретных организационно-технических условиях деятельности.

Совершенствование организации выполнения работ в учреждениях здравоохранения требует дальнейшей разработки методологии определения норм времени на медицинские услуги, методик расчета норм нагрузки медицинского персонала, подходов к определению и планированию численности медицинского персонала. [5]

Для этого необходимо решение следующих задач:

- Формирование новой системы регламентации труда медицинского персонала с применением мировых стандартов по технологиям оказания медицинских услуг;
- Разработка современных методик по расчету норм времени (трудоемкости работ) на оказание простых и сложных медицинских услуг;
- Формирование методики расчета норм нагрузки медицинского персонала учреждений здравоохранения по следующим направлениям: амбулаторно-поликлинический прием, диагностические службы, стационары. При этом должны учитываться приоритеты развития российского здравоохранения в современных условиях;
- Развитие новых подходов к определению и планированию численности медицинского персонала учреждений здравоохранения.

Пути совершенствования организации труда, основанной на системе нормирования, ведут через планомерное и последовательное внедрение принципов научной организации труда.

Научный подход организации труда позволяет наилучшим образом соединить технику и людей, обеспечивая наиболее эффективное использование материальных и финансовых ресурсов, снижение трудоемкости и рост производительности труда. Он направлен на сохранение здоровья работников, обогащение содержания и гуманизацию их труда.[6]

Научная организация труда в учреждениях здравоохранения заключается в следующем:

- Регламентация трудовых функций на основе должностных инструкций. Работа в этом направлении предполагает периодический пересмотр сложившихся организационных схем работы медперсонала, замену их более совершенными и рациональными формами распределения трудовых функций
- Централизация лечебно-диагностических, вспомогательных хозяйственных служб и перестройка работы этих служб «на отделения».

• Совершенствования социально-психологических отношений в учреждениях здравоохранения. Это важный элемент научной организации труда применительно как к труду медицинских работников. Важную роль при этом играют такие организационные мероприятия, как материальное и моральное стимулирование труда, планирование социального развития коллектива, совершенствования стиля и методов руководства, использование воспитательной силы традиций.

Внедрение рекомендаций по совершенствованию организации труда в практику ЛПУ, как правило, связано с необходимостью использования технических средств - оргтехника, новой в быстро меняющихся экономических условиях, современной аппаратуры, внутриучрежденческой связи и др.

При этом возникает необходимость разработки организационно-технических проектов, нередко приходится реконструировать серийно выпускаемые устройства применительно к специфическим условиям медицинских учреждений, а иногда и создавать образцы нестандартной оргтехники.

Итак, очевидно, что только управление, организованное на научной основе, позволит найти оптимальное решение для многих проблем, возникающих в быстро меняющихся экономических условиях, сможет способствовать эффективной работе медицинского персонала.

Список литературы

1. Андросов Л.А. Экономика труда: учебное пособие. Федеральное агентство по образованию. Пензенский государственный университет, 2005.-с.160;
2. Аширов Р.З. Экономика и организация здравоохранения: учебное пособие.- Саранск: Красный октябрь,2002.-250 с.;
3. Генкин Б.М. Экономика и социология труда: Учебник для вузов- 5-е изд./ Б. М. Генкин.-М.: Норма,2006.-343с.;
4. Медицинский менеджмент. 2011.[электронный ресурс]- режим доступа : <http://handbooks.ru>;
5. Кравченко А. И. История менеджмента. 5-е изд.-М.: Академ. Проект: Трикста,2005- Библиотека РГИУ [электронный ресурс]- режим доступа: <http://www.i-u.ru>
6. Рофе А.И. Экономика труда: учебник –М.;КНОРУС,2010-400с.;
7. Шипова В.М. Нормирование труда как система поддержки кадровых решений в учреждении здравоохранения / Справочник кадровика. 2009.-№4

УДК 378.048.2

**ВНЕДРЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ «О КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЕ В СФЕРЕ
ЗАКУПОК ТОВАРОВ, РАБОТ, УСЛУГ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД» НА БАЗЕ
ВОЛГОГРАДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА**

Гаврилова Ангелина

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, кандидат педагогических наук
Чумаков Вячеслав Игоревич

Федеральный закон № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 вступил в силу с 1 января 2014 года, он пришел на смену действующему ФЗ от 21.07.2005

№ 94-ФЗ «О размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

Контрактная система в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд - совокупность участников контрактной системы в сфере закупок (федеральный орган исполнительной власти по регулированию контрактной системы в сфере закупок, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации по регулированию контрактной системы в сфере закупок, иные федеральные органы исполнительной власти, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, специализированные организации, операторы электронных площадок) и осуществляемых ими, в том числе с использованием единой информационной системы в сфере закупок, в соответствии с законодательством Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами о контрактной системе в сфере закупок действий, направленных на обеспечение государственных и муниципальных нужд. Государственные органы в процессе закупок представляют интересы общества и призваны максимально эффективно распоряжаться бюджетными средствами, обеспечивая высокий уровень качества жизни населения [1].

Профессионализм заказчика определен статьей 9 Федерального закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд" (далее - Закон) как один из принципов контрактной системы.

В соответствии с этим, контрактная система в сфере закупок предусматривает осуществление деятельности заказчика, специализированной организации и контрольного органа в сфере закупок на профессиональной основе с привлечением квалифицированных специалистов, обладающих теоретическими знаниями и навыками в сфере закупок.

В соответствии с частью 6 статьи 38 Закона № 44-ФЗ работники контрактной службы, контрактный управляющий должны иметь высшее образование или дополнительное профессиональное образование в сфере закупок.

Дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки). ст. 76, Федеральный 3 "Об образовании в Российской Федерации". Для тех, у кого нет высшего образования в сфере государственных/муниципальных закупок, и те, кто не проходил курсы повышения квалификации с оформлением аттестата государственного образца (минимум 72 часа).

Было проведено анкетирование с помощью гугл формы по выявлению потребности в обучении кадров по программе дополнительного профессионального образования в сфере государственных/муниципальных закупок товаров, работ, услуг. В данном опросе участвовало 100 человек (71,4 %-женщины, 28,6%-мужчины), работающих в учреждениях, связанных с медицинской деятельностью. Возрастная категория анкетированных составляет: до 30 лет-32%, 31-45 лет-40%, 45 и более-28%.

По результатам данного опроса было выявлено, что преимуществами для университета после внедрения дополнительного образования будут являться получение прибыли и развитие новых сфер деятельности. Преимуществом для преподавателей в данной сфере, по мнению опрошенных, может являться расширение компетенций. Сложностями при внедрении обучения будут: разработка программы обучения, найти преподавателей данной дисциплины.

Большая часть опрошенных считает, что данной обучение должен оплачивать работодатель.

Ниже представлена диаграмма, из которой видно, что анкетированные считают целесообразным внедрения обучения по 44-ФЗ на базе ВолГМУ



Рис. 1 Целесообразность внедрения обучения
85,7% ответили «Да», 14,3% затрудняются с ответов, ответ «Нет» на данный вопрос никто не дал.

На следующем рисунке показана готовность опрашиваемых к работе в сфере государственных/муниципальных закупок.



Рис. 2 Готовность к работе в сфере закупок

42,9% опрашиваемых готовы поработать в данной сфере, 28,6% могли бы попробовать себя в роли контрактного управляющего либо пока не готовы сменить сферу деятельности.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». – Режим доступа: «СПС Консультант Плюс».

ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗАКУПОК В ГОСУДАРСТВЕННЫХ/МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Гаврилова Ангелина

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор, д.э.н. *Косинова Наталья Николаевна*

Федеральный закон № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 вступил в силу с 1 января 2014 года [1], он пришел на смену действующему ФЗ от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

Контрактная система в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд - совокупность участников контрактной системы в сфере закупок и осуществляемых ими, в том числе с использованием единой информационной системы в сфере закупок, в соответствии с законодательством Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами [1].

В России система отношений в процессе государственных закупок требует серьезного совершенствования, что говорит об актуальности рассматриваемой проблемы и необходимости поиска путей её решения. При рассмотрении данного вопроса на примере Волгоградской области можно выделить следующие проблемы:

1. Программа «АЦК-Госзаказ» Волгоград, внедренная в систему закупок, представляет собой информационно-аналитическое обеспечение, автоматизирующая процессы планирования, формирования, определения поставщиков и контроля исполнения контрактов на поставку товаров (работ, услуг) для государственных/муниципальных нужд области [2]. Постоянные обновления мешают работе и тормозят процесс закупок для нужд учреждений. При выгрузке плана закупок/плана-графика нет оповещений об ошибках, присутствующих до публикации изменений на сайте. В итоге причина, по которой план закупок/план-график не может быть опубликован, становится известна спустя несколько часов, что замедляет работу по закупке товаров (работ, услуг).

2. Малый объем денежных средств, выделяемый на закупку товаров (работ, услуг) у единственного поставщика через электронный магазин. Заказчик может разово закупать у единственного поставщика любые товары, работы, услуги на сумму не более 100 000 рублей [2]. Если данное условие не выполняется учреждением, то на должностное лицо налагается административный штраф в размере тридцати тысяч рублей.

Тип «закупка малого объема» очень популярен среди заказчиков из-за своей простоты:

- такие закупки не нужно отражать в плане-графике в полном объеме;
- извещение о проведении такой закупки не размещается в единой информационной системе;
- по данным закупкам не нужно составлять отчет об исполнении этапа контракта и вносить сведения в реестр контрактов;
- не требуется расчет начальной максимальной цены контракта, достаточно знать среднюю цену товара (работы, услуги).

По итогам работы в электронном магазине за 2016 год было заключено заказчиками Волгоградской области 19 524 закупки, состав поставщиков представлен в таблице 1:

Закупки, проведенные в электронном магазине за 2016 год

Поставщики	Закупки	
	Количество (шт)	Структура (%)
Всего поставщиков	19524	100
Поставщики волгоградской области	17132	87,75
Иногородные поставщики	2392	12,25

Источник: Комитет по регулированию контрактной системы в сфере закупок волгоградской области «Сводный аналитический отчет об осуществлении закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд Волгоградской области за 2016 год»

Из таблицы видно, что заказчики отдают предпочтение местным поставщикам.

Статистика Волгоградской области за 2016 год говорит о том, что многие государственные/муниципальные учреждения превышают лимит, выделяемый на закупку у единственного поставщика, что графически показано на рисунке 1:



Рис. 3 Превышение лимита на закупки у единственного поставщика

Источник: Комитет по регулированию контрактной системы в сфере закупок волгоградской области «Сводный аналитический отчет об осуществлении закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд Волгоградской области за 2016 год»

3. Чаще всего для обоснования начальной максимальной цены контракта используется метод сопоставимых рыночных цен, подразумевающий не менее трех коммерческих предложений от поставщиков. Данная процедура забирает много времени и сил. Поставщики Волгоградской области не готовы предоставлять коммерческие предложения, так как могут не выиграть, а тратить время на данную процедуру не имеет для них смысла.

Проблемы госзакупок сегодня находятся под пристальным вниманием государства, СМИ, общественности. Многие отмечают сложность и запутанность закона, акцент на цену при выборе победителя, отсутствие целостной системы контроля за всеми стадиями закупок, имеющиеся коррупционные риски, а также факты недобросовестных действий со стороны заказчиков и исполнителей.

Таким образом, систему госзакупок нужно продолжать совершенствовать, существующие проблемы постепенно устранять путем мониторинга действующего законодательства и его применения. В настоящий момент в Госдуме рассматривается еще ряд поправок к 44-ФЗ, которые призваны сделать закупки госкорпораций и контрактную систему еще более открытыми.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». – Режим доступа: «СПС Консультант Плюс».

2. Комитет по регулированию контрактной системы в сфере закупок волгоградской области «Сводный аналитический отчет об осуществлении закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд Волгоградской области за 2016 год».

УДК 37.01

ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ СЕЛЬСКОГО ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Глазырина Александра Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Михайлова Наталия Александровна*

Общая социальная и демографическая ситуация в стране в последнее время, привела к обострению проблем доступности качественного образования и последующего трудоустройства молодежи, проживающей в сельской местности. Абсолютное большинство выпускников сельских школ, поступивших в вузы, в родное село не возвращаются. И как это ни парадоксально выглядит, более доступное высшее образование способствует оттоку молодых сельских кадров в города. Также стоит отметить, что в России больше половины выпускников высших учебных заведений (55 %) работают не по той специальности, которая значится в дипломе. А для некоторых профессий эта доля доходит до 70-90 %. От каждого ежегодного выпуска педагогических университетов в среднем работать в школы идут 10% выпускников [1]. Причина в низком социальном статусе профессии педагога.

Для сельских школ эта проблема особо актуальна, так как население этих мест сокращается в связи с отсутствием рабочих мест и условий для социально-культурной жизни, а, следовательно, сокращается и количество школьников и власти считают нерентабельным содержание муниципального объекта при обучении малого количества школьников.

С 2000 года в РФ закрылось 25,5 тыс. школ, из них 20,1 тыс. на селе. К 2017 году закрывалось ежегодно 1,7 тыс. школ или 4,6 школ каждый день [2, с. 117]. Пустую нишу в образовании начинают занимать церковные школы. К 2017 году в РФ было построено или открылось более 30 тыс. церквей, число которых выросло с 2,9 тыс. в 1990 году до 34,5 тыс. в настоящее время, то есть ежегодно открывается 1,26 тыс. церквей или по 3,5 каждый день (рис. 1).

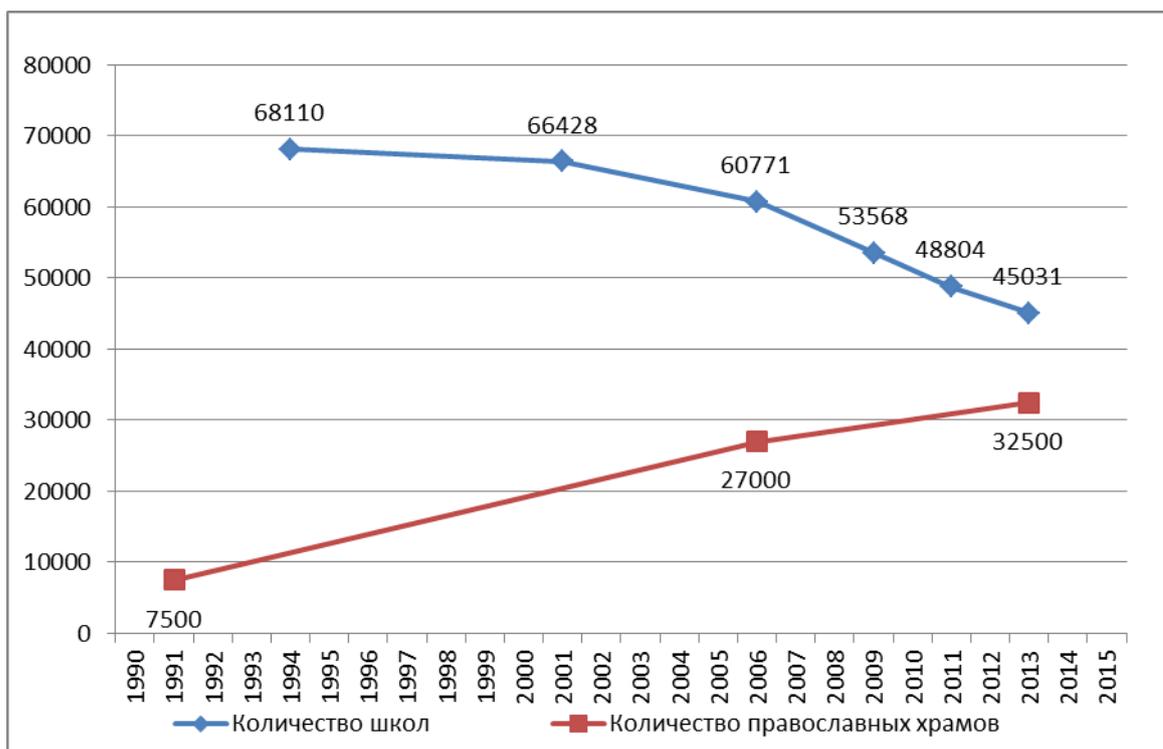


Рис. 1 Тенденции количества школ и православных храмов [сост. авт.]

В настоящее время в ведении Русской Православной Церкви 5 Духовных академий, 3 Православных университета (ПСТГУ в Москве, Иоанна Богослова в Москве и Царицынский имени прп. Сергия Радонежского), 2 Богословских института, 38 Духовных семинарий, 39 Духовных училищ, пастырские курсы Красноярской епархии. Таким образом, общее число духовных школ – 87 [2, с. 117]. При нескольких академиях и семинариях действуют регентские и иконописные школы.

Сложившуюся ситуацию рассмотрим на ситуации, возникшей в селе Заплавное в Ленинском районе Волгоградской области.

Численность населения в селе и прилегавшем к нему поселке на 2017 год составляет 3734 человек. В 2000 году по причине малочисленности учеников (в школе училось 8 человек) в поселке закрыли школу, учеников перевели в школу в село Заплавное. В соседнем селе Бахтияровка в 2016 году закрыли школу по причине закона по реорганизации, дети с 5-11 класс вынуждены ходить в школу в г. Ленинск располагающийся от села в 8 километрах.

В январе 2006 года в селе Заплавное было открыто Епархиальное особое учреждение Детско-юношеский центр Православной культуры «Умиление».

Сегодня в школе «Умиление» получают начальное и среднее общее образование порядка 200 детей (в муниципальной школе этого же села 400 детей). Данная школа в разделе платных образовательных услуг заявляет, что платных образовательных услуг не оказывает, а существует за счет благодетелей. Так, на сайте школы в разделе «Наши благодетели» указаны 24 физических лица из различных городов (Волгоград, Волжский, Москва, Саратов, Ленинск), один из них – губернатор Саратовской области.

Свою деятельность епархиальное особое учреждение Детско-юношеский центр Православной культуры «Умиление» позиционирует как предоставление образовательных услуг, содействие возрождению православных традиций русской культуры и христианского благочестия народа. И, несмотря на то, что согласно конституции РФ статье 14, Россия является светским государством, где каждый свободен в выборе вероисповедания, дети, обучающиеся в данной школе, заведомо лишены данного права, а также им преподносится только мировоззрение определенной религии через дополнительные общеобразовательные программы.

Так, в дополнительной общеобразовательной рабочей программе «Свет Руси» задачами являются: привести ребенка к Богу и научить жить по Евангельским заповедям; воспитать послушание и рассказать историю Руси через призму православия и т.д. Раздел «Знать и уметь» по этой дисциплине предполагает, что дети в возрасте 5-7 лет, на которых рассчитана программа, в первую очередь должны научиться «вере в бога» и только потом узнать историю государства и информацию о себе и своих родителях.

Следовательно, вопрос о том, насколько не предвзято преподают естественные науки в церковных школах, особенно актуален. С самых первых дней все сводится к воспитанию у детей самоотречения и т.п. вместо критического мышления. Поэтому адаптированность детей, закончивших данную школу и другие аналогичные учебные заведения, широта их мировоззрения, остается под вопросом.

Также, следует отметить, что на сайте церковной школы нет результатов аккредитации, т.е. данное учебное заведение не проходило проверку на соответствие предоставляемых услуг установленным в РФ стандартам, а, следовательно, аттестаты, которые получают дети по завершению данного учебного заведения, не будут являться документом государственного образца.

Таким образом, можно отметить, что, несмотря на то, что государство обеспокоено низким уровнем рождаемости, оттоком населения из сел и деревень, нет условий для обеспечения будущих родителей: недостаточно рабочих мест и доступного жилья, нет социально культурных программ в селах и поселках городского типа, а, как показывает практика, если школа в маленькой деревне исчезнет, то исчезнет и деревня. При закрытии малочисленной школы на селе все работоспособные жители этого села его покидают, потому что у них, как правило, есть дети школьного возраста. Кроме того, ни одна молодая семья не поедет в ту деревню, где нет школы для их детей. Следовательно, малокомплектные сельские школы требуют особого внимания и нестандартного подхода к решению проблем, поскольку начальная школа как первая ступень общего образования в России имеет фундаментальное значение, как в становлении личности конкретного человека, так и в сохранении и развитии государства.

¹¹ *Примечание:* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Администрации Волгоградской области, проект № 16-12-34012 «Формирование и совершенствование механизма коммерциализации научно-технических разработок в регионах РФ».

Список литературы

1. Россия в цифрах. Краткий статистический сборник. 2017. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>
2. Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах. – М.: Издательство «Русаки», 2017.
3. Центр Православной культуры «Умиление». / Официальный сайт. – URL: www.centerumilenie.ru/

УДК 65.012.7

ОПЛАТА ТРУДА ВРАЧЕЙ ОТ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

Демидова Алёна Александровна, Фролова Ирина Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель *Шестакова Ирина Валерьевна*

В последствие изменения государственного строя зарплаты врачей и вся система оплаты труда медицинских работников существенно менялись, что можно сопоставить с

разным уровнем здравоохранения Российской империи, СССР и медицины нашего времени.

В дореволюционной России каждая уездная земская Управа предоставляла свои условия и разную оплату труда, в зависимости от должности врачей и медицинского персонала. Так в Красноуфимской уездной земской Управе основное жалование врачей с квартирными составляло 2180 руб. в год, а фельдшеров и фельдшеров- акушеров 480 руб. в год, были установлены периодические прибавки за выслугу лет. Дриссенская уездная земская Управа постоянному врачу для заведывания врачебно амбулаторным пунктом выплачивала жалования в 1200 руб. с периодическими прибавками - 2040 руб. Помимо этого врачам предоставлялась земская лошадь для разъездов, ежегодные месячные отпуска и научные командировки через 3 года службы. Жалование школьных фельдшеров - 420 руб. и квартирных 120 руб. 3 прибавки к жалованию 45% оклада, ежегодные отпуска и через 3 года научные командировки. Лодейнопольская уездная земская Управа выплачивала содержания врачу для заведывания медицинскими участками 2100 руб. в год и 200 руб. квартирных. Установлены периодические командировки в университетские города для усовершенствования и пополнения знаний. В Бирской уездной земской Управе выплачивали жалование 200 руб. в месяц врачам и студентам-медикам, имеющим зачет 10 семестров, для замещения пустующих врачебных участков в уезде на летнее время. Архангельская уездная земская Управа предлагала сельскому врачу содержание в 2025 руб. в год. Врачам для командировки - 2300 руб. в год. Участковые врачи, с принятием закона через Государственную Думу и Государственный совет, получали 2800 руб. в год. Так же существовали пособия на подъем: семейным 750 руб., одиноким 500 руб. Дмитриевская уездная земская Управа выплачивала жалование в 125 р.в месяц временному врачу или студенту 5-го курса работающему в больнице на 6 кроватей при штате с 2 фельдшерами и акушеркой. Даниловское Земство участковым врачам выплачивало жалование в 200 руб. в месяц. За неимением врачей на означенные вакансии на работу принимались студенты-медики, окончившие полный 5-летний курс, но не сдавшие Государственного экзамена с жалованием 150 руб. в месяц.[3]

В 1868 г. на медицину земства тратили 1204 тыс. рублей (8 % всех своих средств), в 1890 г. уже 9977 тыс. рублей (21 %), а в 1903 г. – 30265 тыс. рублей (28 %) – значительно больше, чем на что-либо другое. Некоторые земства (Липецкое, Хвалынское, Ливенское и др.) тратили на медицину 45–47 % своего бюджета. [2]

Опираясь, на произведение М.А. Булгакова «Собачье сердце» можно сделать вывод, что городские врачи жили не менее хуже врачей, которые осуществляли свою врачебную деятельность в земствах. Свидетельством тому, являются: дорогая обстановка квартиры профессора Преображенского (мраморный стол, серебряная посуда, богатая передняя), наличие семи комнат (приёмная, которая является библиотекой, столовой и кабинетом, смотровая, операционная, спальня и комната для прислуги), обслуживающий персонал (повар, домработница), почтенный вид профессора (дорогой костюм английского сукна, золотая цепь, бесчисленное количество шуб и галош). Профессор делал операции крайне редко. Стоимость операций была доступна не каждому, так как составляла около 50 червонцев (500 руб.).[1]

Исторические события 1917 г. затронули общее состояние здоровья людей, по стране прокатилась волна эпидемий холеры, тифа, оспы и других заболеваний. Ситуация усугубилась повсеместной нехваткой квалифицированных кадров, оборудования и медицинской техники, медикаментов. Было очень мало больниц, профилактических лечебных учреждений.

В течение первой пятилетки СССР израсходовал на здравоохранение, рабочий отдых и физкультуру 5,4 млрд. рублей. Количество коек в больницах увеличено почти вдвое - с 246,1 тысяч до 405,8 тысяч. Необычайно выросла поликлиническая, диспансерная и амбулаторная сети. Общее количество больниц составило 7788 , из них

2489 городских и 4974 сельских. Во вторую пятилетку расходы на здравоохранение, рабочий отдых, физкультуру -составят 19,6 млрд. рублей.

Государство гарантировало врачам, которые получили образование и устроились по специальности, твёрдые оклады независимо от того, сколько пациентов в день они принимали. Заработная плата самого высококвалифицированного медика в Советском Союзе равнялась 115-120 рублям. Оклад медицинской сестры составлял 70 рублей, старшей медицинской сестры 90 рублей. Для повышения дохода многим врачам приходилось трудиться на полторы, две ставки. За месяц выходило около 200 рублей, но работать приходилось практически беспрерывно. Заработок стоматологов не превышал 120-200 рублей, так как при коммунизме "все равны". В квартирах рядовых стоматологов можно было обнаружить редкую для советской действительности обстановку и, на тот момент, современную технику. Гардероб специалиста и членов его семьи был наполнен хорошей одеждой, вовсе не продукцией отечественной лёгкой промышленности. Советские стоматологи отлично умели заработать в условиях бесплатной медицины и имели деньги на товары, которые редко можно было встретить на полках в магазине.

Таким образом, получается, что средняя зарплата врача в СССР составляла около 150 рублей. [4]

В России заработная плата врачей стала значительно выше, об этом свидетельствуют данные по подсчетам Росстата, средняя заработная плата российских врачей в первом полугодии 2017 года составила 52,9 тысячи рублей. Это на 4 тысячи рублей больше по сравнению с аналогичным показателем прошлого года (48,9 тысячи рублей). Зарплата среднего медицинского и фармацевтического персонала в первом полугодии текущего года составила 29,4 тысячи рублей (в первом полугодии 2016 года – 28 тысяч рублей), а младшего медперсонала – 19,4 тысячи рублей (в первом полугодии 2016 года – 17,5 тысячи рублей).

В зависимости от Федерального округа РФ, средняя заработная плата врачей различается. Это можно выделить, исходя из итоговой таблицы за I полугодие 2017 года. В России заработная плата врачей стала значительно выше, об этом свидетельствуют данные по подсчетам Росстата, средняя заработная плата российских врачей в первом полугодии 2017 года составила 52,9 тысячи рублей. Это на 4 тысячи рублей больше по сравнению с аналогичным показателем прошлого года (48,9 тысячи рублей). Зарплата среднего медицинского и фармацевтического персонала в первом полугодии текущего года составила 29,4 тысячи рублей (в первом полугодии 2016 года – 28 тысяч рублей), а младшего медперсонала – 19,4 тысячи рублей (в первом полугодии 2016 года – 17,5 тысячи рублей). В зависимости от Федерального округа РФ, средняя заработная плата врачей различается. Это можно выделить, исходя из итоговой таблицы за I полугодие 2017 года. Самая высокая средняя зарплата оказалась у врачей Северо-Западного ФО (66,4 тысячи рублей), где лидирует Ненецкий АО (130,1 тысячи рублей). Далее, с небольшим отставанием, следует Дальневосточный ФО (66,4 тысячи рублей) – самая высокая зарплата у врачей Чукотского АО (144,1 тысячи рублей), затем Центральный ФО (63,1 тысячи рублей) – самая высокая зарплата в Москве (90,1 тысяча рублей) и Уральский ФО (62,5 тысячи рублей) – самая высокая зарплата в Ямало-Ненецком АО (122,6 тысячи рублей). Меньше всех получают врачи Северо-Кавказского ФО (34,1 тысячи рублей) – самая низкая зарплата в Республике Северная Осетия – Алания (28,4 тысячи рублей). Далее следует Южный ФО (38,5 тысячи рублей), где самая низкая зарплата у врачей Республики Калмыкия (29,9 тысячи рублей), затем Приволжский ФО (40,6 тысячи рублей) – самая низкая зарплата в Ульяновской области (33,5 тысячи рублей) и Сибирский ФО (47 тысяч рублей) – самая низкая зарплата в Алтайском крае (38,3 тысячи рублей) (табл.1.)[5].

Таблица 1

Максимальная и минимальная средняя заработная плата врачей, предоставляющих медицинские услуги в организациях государственной и муниципальной форм собственности по субъектам Российской Федерации за январь-июнь 2017 года

	Средняя заработная плата, рублей			
	всего	в том числе по формам собственности организаций		
		федеральная	субъектов Российской Федерации	Муниципальная
Российская Федерация	52 953	54 432	53 490	40 622
Центральный федеральный округ	63 133	65 473	62 594	32 893
Курская область	33 907	35 191	33 736	8 100
г.Москва	90 085	80 861	94 269	-
Северо-Западный федеральный округ	66 419	62 342	67 426	30 747
Ненецкий авт. округ	130 153	82 294	133 117	-
Псковская область	39 451	34 091	40 117	-
Южный федеральный округ	38 476	38 203	40 452	35 465
Республика Калмыкия	29 876	24 683	30 450	-
Республика Крым	42 394	32 822	43 321	25 917
Волгоградская область	36 738	38 028	36 597	19 129
Северо-Кавказский федеральный округ	34 153	31 642	34 509	26 611
Республика Северная Осетия - Алания	28 367	29 995	28 067	21 505
Ставропольский край	39 775	37 604	40 193	24 500
Приволжский федеральный округ	40 581	41 251	40 495	39 401
Республика Башкортостан	46 590	47 754	46 501	-
Ульяновская область	33 540	33 474	33 556	22 417
Уральский федеральный округ	62 491	47 378	68 876	51 870
Курганская область	48 337	51 763	47 738	-
Ямало-Ненецкий авт. округ	122 636	68 376	126 163	-
Сибирский федеральный округ	47 043	49 805	46 654	27 769
Алтайский край	38 259	40 491	38 069	11 676
Красноярский край	53 816	56 350	53 347	27 044
Дальневосточный федеральный округ	66 373	57 630	68 147	53 365
Амурская область	46 805	43 573	47 288	-
Чукотский автономный округ	141 094	116 030	144 318	-

Таким образом, можно сделать вывод, что в результате изменения государственного строя зарплата врачей существенно изменилась. Это особенно заметно при переводе царского и советского рублей на нынешний курс российского рубля. Так, с заработной платой в 160 рублей в месяц в Российской империи, на сегодня врачи получали 90968 рублей, ежемесячный оклад, составлявший 120 рублей в месяц в Советском Союзе, на сегодня имеет ценность в 13044 рублей, а доход врачей в наше время составляет в среднем 52953 рубля.

Список литературы

1. Булгаков М.А. Собачье сердце.1925.С. 80.
2. Веселовский Б.Б. Главные основания проекта сельской земской больницы. 1874. С. 1–2.
3. Еженедельная медицинская газета .Русский врач. № 18, май 1915 г.
4. История индустриализации СССР 1926—1928 гг. Издательство Наука, Москва, 1969.
5. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за I полугодие 2017 года. Итоговая таблица за I полугодие 2017 года.

СПОСОБЫ МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Долаева Алина Алибековна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Соболева Светлана Юльевна*

Медицина - одна из важнейших отраслей деятельности государства. С целью повышения эффективности работы в данной сфере, необходимо создавать благоприятные условия для ее функционирования, усилить мотивацию для привлечения высококвалифицированных медицинских работников. Повышая качество услуг, и делая медицину более доступной, можно добиться повышения показателей здоровья населения в целом. Мотивация и условия деятельности медицинских работников являются важными характеристиками состояния системы здравоохранения и основополагающими факторами, определяющими её результативность.

Мотивация - это совокупность внутренних и внешних движущих сил, которые побуждают человека к деятельности, задают границы и формы деятельности и ориентируют ее на достижение определённых целей [1]. Влияние мотивации на поведение человека зависит от множества факторов, во многом индивидуально и может меняться под воздействием обратной связи со стороны деятельности человека. Даже если создаётся впечатление, что люди работают только ради достижения общих целей организации, то всё равно ведут они себя так потому, что уверены, что это лучший способ достижения собственных целей.

Процесс мотивации медицинских работников в первую очередь направлен на повышение производительности труда учреждения путем получения наибольшего результата от используемых в процессе производства трудовых ресурсов.

В российской практике применяется (к сожалению, не повсеместно) несколько способов мотивации работников системы здравоохранения.

1. Создание в коллективе ощущение мира и достатка.

Одна медицинская клиника в качестве дополнительной мотивации выделяет медицинскому персоналу дотации на бензин, сотовую связь, лечение и косметические процедуры. Регулярно предлагает помощь в выплате потребительских кредитов или учебу за счет компании в России и за рубежом. Сотрудники клиники получают за хорошую работу подарки, а по итогам года лучший работник премируется.

В компании организуются корпоративные торжества, совместные выезды на природу или участие в развлекательных играх. Цель руководства - объединить всех в семью, которая живет в мире и достатке. Важно организовать сотрудникам быт, чтобы им было комфортно работать: клиника оплачивает рабочую одежду и обувь, в ординаторской стоит кофе-машина, можно выпить и чаю; напитки и сладости - за счет клиники. Конечно,

только этого недостаточно, также необходимо обеспечить сотрудникам хорошую заработную плату, а после четырех лет работы компания увеличивает им оклад на 10%.

2. Использование денежных тестов на внимательность для руководителей медицинских учреждений.

Есть хороший способ оценить профессионализм управляющих медицинскими учреждениями. В одной компании руководитель сохраняет графики показателей прибыли за прошлый год. И если в любом месяце текущего года в подразделении (которое существует больше трех лет) прибыль превысит показатели за тот же месяц предыдущего и управляющий сообщит об этом директору, то он получит премию. Важен сам факт, обратит управляющий внимание на показатели подразделения или нет, позвонит ли похвастаться, что превысил прошлогоднюю выручку. Если не обратит – значит, плана у него никакого нет, он не сверяет сегодняшние показатели с теми, что были раньше, и цели не имеет. Казалось бы, удивительно: если в компании такой порядок, можно ли пропустить возможность, которая касается тебя лично и дает право получить премию? Но это происходит. Возможно, дело в невнимательности и безразличии руководителей на местах. За такое стоит, наоборот, наказывать: причитающуюся лично управляющему премию можно отдать на развитие конкурирующего подразделения.

3. Демонстрация личным примером соблюдение правил и стандартов сервиса.

Чтобы правила сервиса стали для персонала естественной моделью поведения, их нужно непрерывно продвигать. В первую очередь стандарты для медперсонала должны быть сформулированы подробно и недвусмысленно, например: «Обратившись к пациенту по имени и отчеству, администратор предлагает надеть бахилы, указывая на их местоположение: «Пожалуйста, надевайте бахилы». Или: «Администратор показывает гардероб, предлагает оставить верхнюю одежду и присесть на диван: «Я к Вам подойду, и будем оформлять карточку».

Однако не следует надеяться, что достаточно вручить сотруднику папку с инструкциями и он, самостоятельно изучив, будет соблюдать их. Поэтому регулярно необходимо напоминать о стандартах на собраниях. Показывать личный пример. Он важен потому, что стандарты не могут описать все возможные ситуации - иногда сотрудники вынуждены руководствоваться здравым смыслом. Для исправления ошибок наглядно демонстрировать, как нелепо такая ситуация выглядит со стороны. Сделать так, чтобы выполнение стандартов сервиса влияло на бонусную часть вознаграждения. Если, например, показатель «уровень качества работы» достигает 100%, то премия выплачивается в полном объеме. Если какой-то из стандартов нарушен (пациент ушел в бахилах или не получил необходимый объем медицинской помощи), то этот показатель снижается до 95% и соответственно снижается выплата. Даже если это небольшой вычет, сотрудникам все равно неприятно лишаться части дохода. И наоборот, если клиент написал хороший отзыв, то показатель вырастет до 105% у всех, кто в этот день с ним работал.

4. Подбор критерий, позволяющих дать правильную оценку работе персонала.

Изменение системы оплаты труда. Ведение расчета исходя из показателя производительности труда (КРІ). Так, у врачей производительность труда измеряется тремя показателями.

КРІ 1 – качество медицинской помощи. Оценка качества проводится ежеквартально.

КРІ 2 – загрузка кабинета. Если прием у врача длится 30 минут, а кабинет работает 12 часов в день, значит, должно быть 24 приема.

КРІ 3 – загрузка врача. Показатель фиксирует, сколько у него открыто времени в расписании на прием и сколько пациентов он в итоге принял. Замеряется в медицинской программе (например «Медиалог»), куда заносится фамилия врача и все данные.

Сохранение должного уровня медицинских кадров в медицинских учреждениях представляется возможным лишь через систему мотивации персонала, которая в этой сфере имеет низкий уровень развития. Главной мотивационной идеей у медицинских

работников в большинстве случаев является осознание ими социальной значимости труда. Для российских врачей и всего медперсонала в целом работать «за идею» является малопривлекательным и крайне неактуальным. В настоящее время делать добрые дела, работать во благо здоровью нации, спасти миллионы жизней, не получая при этом достойной награды, не является мотивом для качественной работы врачей. Однако желание иметь гарантированную заработную плату, обеспечивающую достойный уровень жизни, не подкрепляется стремлением к высокой эффективности и качеству выполняемого труда.

Многие эксперты считают, что создание высокоэффективных и мотивированных команд позволит сократить текучесть кадров, повысить производительность труда и, тем самым, улучшить качество оказания услуг [2].

Список литературы

1. Виханский О.С., Наумов А.И. «Менеджмент» – М.: Гардарики, 2008г.
2. Галимова А. Ш., Абдрахманова С. А. Проблема мотивации и оплаты труда медицинских работников // Международный научно-исследовательский журнал – 2014.
3. Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения – М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2014.
4. Соболева, С.Ю. Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С.Ю. Соболева, Объедкова Л.В.// Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. - ВолГУ, 2009. С. 165 – 169.

УДК 378.4

АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА ЗАРУБЕЖНЫХ СТАЖИРОВОК ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Дорофеев Никита Алексеевич, Машлыкин Алексей Андреевич

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

Зарубежное обучение имеет богатую историю. Уже в 1476 г. Георгий из Дрогобыча получил степень философии и медицины в Университете г. Болонья, а впоследствии даже был одним из ректоров этого университета, работал в Венгрии, читал лекции в Краковском университете. Кроме того, в Риме на латинском языке был издан его труд «Прогностическое суждение текущего 1483 г. Георгия из Дрогобыча с Руси, доктора медицины Болонского университета» (первопечатная книга славянского автора за рубежом!). В 1694 г. степени доктора медицины был удостоен Пётр Васильевич Постников – первый российский доктор медицины (врач), вернувшийся с иноземным дипломом на Родину [2]. А при дальнейшем царствовании Петра I началось активное обучение дворян за рубежом [3]. Это было в то время основной возможностью получить образование. Но за границей русский человек для получения образования был, как правило, не готов. Приходилось «не то языкам учиться, не то наукам» [4]. Однако в течении как того же, так и последующих столетий в Российской империи начали зарождаться собственные школы (анатомии, гистологии, эмбриологии, патологической анатомии и многие другие) со своими выдающимися представителями [1,2].

Зарубежное образование в СССР имело сложную историю. Если в 1920-е гг. в советской науке продолжалась дореволюционная практика, предполагающая очень длительные заграничные командировки и стажировки для учёных и лучших студентов, постоянное участие в международных конференциях, свободную переписку и неограниченное поступление зарубежной научной литературы, то в 1930-е гг. ситуация

начала меняться к худшему. В дальнейшем было опасно не только читать и печататься в зарубежных журналах, но и ссылаться на работы иностранных авторов. Во время Холодной войны, заграничные поездки граждан СССР были резко ограничены. Однако, в период с 1958 по 1988 годы более 50 тыс. советских граждан посетили Соединенные Штаты по различным соглашениям. В исторической перспективе, этот обмен помог расширить и углубить отношения Советского Союза и США посредством расширения контактов между людьми и институтами двух стран.

В настоящее время в России, в Волгоградском государственном медицинском университете в частности, функционирует программы по обмену студентов. Самая крупная и популярная из них – IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) - Международная Федерация Ассоциации Студентов–Медиков основана в 1951 году. Представлена 980 000 участниками из 93 стран. Она дает студентам медицинских ВУЗов возможность познакомиться с системой здравоохранения в других странах и обменяться со своими иностранными коллегами знаниями, опытом и идеями. Студенты имеют возможность провести 4 недели за границей, проходя практику на базе медицинских учреждений. В конце обучения выдается сертификат международного образца. Это также прекрасная возможность усовершенствовать свои навыки общения на английском языке, познакомиться с культурой и почувствовать себя частью международного медицинского общества.

Целью данного исследования было определить актуальность и значимость вопроса зарубежных стажировок медицинской направленности.

Основой исследования послужило анкетирование студентов I курса Лечебного факультета, в ходе которого было опрошено 107 респондентов, из которых лишь 4,7% не проявляли интереса в прохождении обучения за границей. Из заинтересованных опрошенных 33,4% могут позволить стажироваться за свой счёт, 60,8% рассчитывают на частичную финансовую поддержку университета, а 5,8% на полную. 55,1% респондентов считают, что у них имеются языковые трудности.

Однако свой уровень знания английского языка как средний и выше оценили 26,1%, как «начинающий» - 29%, а «ниже среднего» - 44,9%. Для прохождения стажировок часто необходимо иметь уровень знаний «средний» и выше.

Большинство (79,4%) заинтересованы в прохождении клинической практики, а не научной (20,6%). Большая часть опрошенных хотели бы улучшить свои профессиональные навыки, нежели заняться исследовательской деятельностью.

На вопрос «На каком курсе обучения вы хотели бы начать стажироваться» больше всего респондентов (33,6%) ответили, что на III, второй по частоте выбирали IV курс (23,4%), а третий – II (15%). Большая часть опрошенных хотели бы проходить стажировку, когда точнее определятся с будущей специальностью.

При этом большинство респондентов хотели бы стажироваться в Европе (78,4%), вторым по частоте выбираемости стала Азия (12%), третьей – Америка (9,6%).

При выборе времени года немногим больше половины опрошенных остановились на лете (50,4%), следовательно, они хотели бы стажироваться в свободное от учёбы время, а осень и зиму вместе (20%) выбирали реже, чем весну (29,6%).

Основная часть опрошенных рассчитывали на значительную финансовую поддержку вузом, т.к. могли бы себе позволить стажировку стоимостью меньше 50 тыс. рублей в месяц (69,2%). От 50 до 100 тыс. рублей в месяц за обучение в других странах готовы были заплатить 23,4%. Варианты «100-150» и «Больше 150» с равным результатом выбрали 3,7% (каждый из вариантов) респондентов.

Вопрос зарубежных стажировок, по результатам проведённого исследования, оказался в значительной степени актуальным и востребованным среди опрошенных студентов-медиков. В данном аспекте образования наблюдается значительный прирост, особенно в историческом масштабе: от единиц, десятков, сотен обучающихся в царской России, до тысяч студентов вузов современной России, желающих стажироваться

заграницей и уже делающих это. Благодаря этому возрастает возможность обмена полезными знаниями и умения между гражданами разных стран, применение полученного опыта обучающимися в своей дальнейшей профессиональной деятельности, введения положительных изменений в российскую систему образования и, как следствие, повышение её престижности и качества получаемых знаний в отечественных вузах.

Список литературы

1. Гришин А.В., Гришин В.А. Политика в области народного просвещения Российской империи первой четверти XIX века // Вестник Брянского государственного университета. 2014. №1.
2. Коротеева Наталья Николаевна Аптекарский Приказ первый орган управления медицинским делом в русском государстве в XVI начале XVIII века // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. 2011. №2.
3. Мазин К. А. «Окно в Европу» и начало российского «академического зарубежья» // Новый исторический вестник. 2009. №22.
4. Стародубцев Михаил Павлович Реформы образования Петра I и Екатерины II // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2012. №148.

УДК 316.334.2

СИСТЕМА КРИ КАК СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

**Ерёмин Николай Викторович, Борискина Татьяна Борисовна, Борискина Мария
Александровна**

Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель: к.с.н., доцент *Борискина Татьяна Борисовна*

Группа медицинских представителей является наиболее значимой участницей информационного обмена на фармацевтическом рынке, причем данная группа формирует информационное поле для всех потребительских категорий. Медицинские представители, осуществляющие связь с врачами, по-прежнему остаются одним из основных и самых эффективных инструментов продвижения препаратов рецептурного отпуска, в особенности, в странах со зрелым фармацевтическим рынком и жестким правовым регулированием сферы обращения лекарственных средств.

Деятельность медицинских представителей относится к маркетинговой, рекламной, так как она направлена на продвижение лекарственных средств, создание и поддержание интереса к ним со стороны персон, имеющих право назначения и распространения лекарств, то есть врачей и провизоров, фармацевтов. Во многих крупных западных фармацевтических компаниях расходы на содержание и обеспечение работы команды своих коммерческих представителей составляют до 80 % всех расходов. Несмотря на то что, как было сказано выше, этот вид промоции товара является самым дорогостоящим — он также является и самым эффективным. Никакая почтовая рассылка, выставка, презентация или конференция, а тем более реклама в СМИ не в состоянии соперничать по эффективности воздействия на клиента с личным визитом, включающим персональный контакт. Однако, учитывая высокую затратность подобного способа работы, особенно важным является расстановка приоритетов в плане визитов представителя.

На одного медицинского представителя в США приходится 9 врачей, в Бельгии -- 12, в России -- 28 (Cegedium Dendrite), т. е. в России примерно 25 тыс. медицинских представителей. В Украине -- около 7,5 тыс. + 3,0 тыс. в аутсорсинговых компаниях.

Известно, что добиться роста бизнеса возможно на трех стратегических

направлениях: увеличение проникновения своей продукции (т.е. продавать больше препарата уже существующим клиентам; расширение ассортимента (продавать новые препараты существующим клиентам); расширение клиентской базы (находить все новых клиентов и продавать им).

Добиться выполнения этих задач возможно при наличии достаточного количества клиентов, находящихся на разных уровнях «зрелости» — от периодических покупателей до так называемых КК (ключевых клиентов).

Чтобы правильно определить перспективность того или иного потенциального клиента, а именно перспективность затрат на контакты с данным клиентом. Средняя стоимость одного визита рассчитана многократно, приведем лишь один из наиболее популярных расчетов. В расчетах были использованы усредненные данные: В крупных компаниях общая стоимость медицинского представителя -- в среднем примерно 50 тыс. долл. в год., с учетом компенсационного пакета (зарплату с ежегодным повышением, бонус (в размере до 25% годовых), служебную автомашину, телефон, компьютер, медицинскую страховку, регулярные тренинги, обязательные цикловые совещания (как правило, за рубежом два раза в год).

Стоимость услуг медицинских представителей достаточно высока, это товар штучный, высокомотивированный продажными бонусами, имеющий нередко «собственное» имя на рынке лекарственных средств, благодаря которому может достаточно успешно продвинуть то или иное лекарство даже в условиях жесткой конкурентной среды, но тем не менее, многие далеко не самые бедные, а наоборот успешные мировые лидеры фарминдустрии отказываются от услуг медпредставителей. Совокупные мировые расходы на продвижение фармацевтической продукции составляют примерно 90 млрд долл. Если с 1996 по 2001 г. (за 5 лет) количество представителей фармацевтических компаний практически удвоилось, достигнув цифры в 90 тыс. человек, то за последние 5 лет их количество в мире, напротив, уменьшилось на 30 тыс. человек..

Причин тому немало, это- и окончание срока патентной защиты препарата, и , нарушение стандартов производства и продвижения того или иного ЛС, но, основная причина - это низкая окупаемость стоимости одного визита медпреда к врачу или провизору.

Основным показателем эффективности деятельности медпредставителя является количество назначений препарата врачом и динамика выписки по сравнению с конкурентами

Но если рассматривать деятельность МП как операционную, направленную на достижение тактических целей, то возникает вопрос, как спроецировать результативность его деятельности на достижение стратегических целей всей фармацевтической организации, и здесь было бы правильно привести в действие систему КРІ, как сбалансированную систему оценочных индикаторов или систему постановки целей и контроля по их достижению. Основные принципы системы КРІ

1. Цели разрабатываются не только для организации, но и для каждого ее сотрудника. Цели сотрудников напрямую вытекают из целей организации.

2. Цели разрабатываются и от общего к частному («сверху вниз»). Принцип «сверху вниз» позволяет определить модели целей и КРІ верхнего уровня, вытекающие из стратегических приоритетов (факторов успеха). Принцип «снизу вверх» позволяет определить точные измерители конкретной должности и не ошибиться в релевантности целей и КРІ для сотрудника.

3. Процедура разработки целей для сотрудника — это процесс совместного творчества сотрудника и его непосредственного руководителя. В ходе обсуждений и руководитель, и подчиненный начинают лучше понимать, что именно необходимо делать и каким образом. Персональные цели каждого согласуются между собой на горизонтальном уровне

4. Если цели представляют собой критерии оценки работы каждого

сотрудника, их можно эффективно использовать в денежном стимулировании персонала, подкрепляя тем самым интерес в их достижении.

То есть, в системе КРІ, помимо показателя количества назначений врачом лекарственного препарата компании и роста продаж в сравнении с конкурентами, выступает ещё ряд показателей, которые напрямую зависят от трудовой активности операционного менеджера – медицинского представителя: общий план продаж, ценовая и ассортиментная политика, заданный к завоеванию % рынка, стратегия продаж, цифры установленного бюджета.

Рассмотрим, как прописываются диапазоны значений в системе КРІ. В качестве примера разберем разработанные КРІ медицинского представителя, приведенные в табл. 1.

Таблица 1.

КРІ медицинского представителя

№КРІ	Название КРІ	Вес КРІ	Формула расчета	квартальной
КРІ 1	Прирост объема продаж (выручка)	40	$B * 0,4 * K1$	
КРІ 2	Количество новых клиентов	40	$B * 0,4 * K3$	
КРІ 3	Процент удовлетворенности	20	$B * 0,4 * K4$	
	Итого	100	КП	

Формула расчета квартальной премии (КП):

$$КП = Б \times 0,4 \times (K1 \times 0,4 + K2 \times 0,2 + K3 \times 0,2 + K4 \times 0,2),$$

где *Б* — базовый должностной оклад;

0,4 — размер премии от базового должностного оклада;

K1, K2, K3, K4 — коэффициент выполнения КРІ;

0,4; 0,4; 0,2 — удельный вес каждого КРІ.

Примечание. *K1, K2, K3* определяются расчетным путем в конце квартала.

K1 — определяется в зависимости от отношения фактического значения всей выручки от продаж с НДС за отчетный период к аналогичному значению за соответствующий период прошлого года, умноженного на 100 (сто) процентов минус 100 (сто) процентов. Диапазон измеряется в процентах.

Таблица 2.

Диапазоны значений КРІ

Название	Прирост				
Диапазоны	<20	20-29	30-39	40-50	>50
К1	0	0,4	0,7	1	1,3

Из примера мы видим, что КРІ выражают ожидания компании через «целевые» и «пороговые» значения. Целевое значения КРІ определяет желательное состояние любого показателя в заданный промежуток Времени

Целевые значения могут поступать из разных источников, например таких, как: ежегодные бюджеты; стратегические планы; прогнозы; результаты конкурентов; собственные прошлые результаты («история продаж»), например за прошлый год, прошлый месяц или прошлую неделю.

Таблица 3.

Возможные КРІ для оценки деятельности медицинского представителя, старшего медицинского представителя, медицинского представителя в госпитальных продажах, супервайзера, регионального менеджера

Наименование КРІ	Формула расчета
КРІ- Прирост выручки (нетто) к приросту выручки за аналогичный период прошлого года, %.	Формула расчета: $(В/Впг) \times 100\%$, <i>В</i> — выручка (нетто) за отчетный месяц; <i>Впг</i> — выручка за аналогичный период прошлого года.

КРІ — Выполнение нормативов по посещению и информированию клиентов, %.	Формула расчета: $(N_{\text{вып.}}/N_{\text{зад.}}) \times 100\%$, Nвып — выполненные нормативы; Nзад — заданные нормативы.
КРІ — Доход от новых потребителей, %.	Формула расчета: $(In/ТI) \times 100\%$, In (Income new) — доход от новых потребителей; TI (Total Income) — общий доход
КРІ — Отклонение фактического роста продаж от планового, %.	Формула расчета: $((V_{\text{пр. факт.}}/V_{\text{пр. план.}}) \times 100\%) - 100\%$, Vпр. факт. — фактический объем продаж; Vпр. план. — запланированный объем продаж
КРІ — Доля рынка по брендам/маркам, %.	Формула расчета: из отчета внешних маркетинговых агентств.
КРІ — Уровень знания торговых брендов/марок компании, %.	Формула расчета: $(N_{\text{зн}}/N_{\text{опр}}) \times 100\%$, где Nзн — количество опрошенных, знающих торговую марку; Nпр — общее количество опрошенных потребителей. КРІ — Изменения доли рынка по маркам, %. Формула расчета: из отчета внешних маркетинговых агентств.
КРІ — Отклонение доли новых продуктов в объеме продаж от плановой, %.	Формула расчета: $((SV_{\text{нов.}}/SV_{\text{общ.}})_{\text{факт.}} - ((SV_{\text{нов.}}/SV_{\text{общ.}})_{\text{план.}}) \times 100\%$, SVнов. — объем продаж новых продуктов (фактический и плановый); SVобщ. — общий объем продаж (фактический и плановый)
КРІ — Значимое изменение знания марок, %.	Формула расчета: $((N_{\text{зн}}/N_{\text{опр}})_{\text{наст. период}} - (N_{\text{зн}}/N_{\text{опр}})_{\text{прош. период}}) \times 100\%$, где Nзн — количество опрошенных клиентов, знающих марку; Nпр — общее количество опрошенных клиентов
КРІ — Доля выручки по ключевым клиентам в общей выручке, %.	Формула расчета: $(SR_{\text{к.к.}}/SR_{\text{общ.}}) \times 100\%$, SRк.к. (Sales Revenue) — выручка от ключевых клиентов; SRобщ — общая выручка.
КРІ — Оценка имиджа компании, балл.	Формула расчета: анкетирование
КРІ — Прирост продаж относительно аналогичного периода прошлого года AS (Ass on sale), %.	Формула расчета: $AS = ((SV_{\text{present}}/SV_{\text{past}}) - 1) \times 100\%$, SVpresent и SVpast — объемы продаж аналогичных периодов текущего и прошлого года.
КРІ — Индекс численной дистрибуции ND по группам продуктов, %.	Формула расчета: $ND = (O_{\text{и}}/O_{\text{общ.}}) \times 100\%$, Oи — количество торговых точек, в которых присутствовал исследуемый товар; Oобщ — общее число торговых точек.
КРІ — Отношение доли приоритетных брендов Компании в продажах клиента, безразмерный.	Формула расчета: $\sum SV_{\text{бренд. компани.}}/SV_{\text{общий объем продаж}}$, SVбренд. компании. — объем продаж брендовых продуктов компании клиентом, за истекший месяц; SVобщий объем продаж. — весь объем продаж за тот же период
КРІ — Неточная информация предоставленная клиентам,	Формула расчета: отзывы клиентов.

шт.	
-----	--

Это описание связей через определение целей компании для каждого исполнительского уровня позволяет создать у всех сотрудников организации единую целостную правильную картину того, как должна развиваться их компания, каким приоритетам необходимо отдавать предпочтения при принятии решений и к чему эти решения сотрудника приведут с точки зрения достижения стратегических целей компании. Развитие компании становится более управляемым, стабильным, поступательным и более предсказуемым, деятельность «полевых» работников более результативной, так как легко поддается контролю, направляет концентрацию усилий на более выгодном направлении действия, что в конечном итоге приводит к росту прибыли всей компании.

Список литературы

1. Клочков А. КРІ и мотивация персонала полный// Сборник практических инструментов. - М.: Эксмо. - 2010. - 154с.
2. Борискина Т.Б. Методология управления маркетинговым потенциалом фармацевтического предприятия, монография. - ВолГТУ. - 2008. - с.113.

УДК 614.23:331.1

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Ильин Сергей Владимирович

Россия, Волгоградский институт управления – филиал ФГБОУ ВПО
«РАНХиГС при Президенте Российской Федерации»

Научный руководитель: канд. социол. наук, старший преподаватель *Шиндряева Ирина Викторовна*

В двадцать первом веке для того, чтобы организация могла достигать своих целей, требуется довольно много. Одним из важнейших ресурсов, используемых для достижения поставленных целей, в любой организации, в том числе и медицинской, является человеческий ресурс. Не случайно в государственной программе «Развитие здравоохранения», реализуемой в срок с 2013 по 2020 гг. [1], среди приоритетных направлений выделяется подпрограмма, посвященная кадровому обеспечению системы здравоохранения. Именно кадры обеспечивают результативность и эффективность работы всей системы здравоохранения в целом, а также её отдельных элементов и процессов [2]. Для более эффективной деятельности персонала медицинских учреждений руководству необходимо разрабатывать и внедрять систему мотивации сотрудников, которая будет направлена на максимальное раскрытие трудового, интеллектуального и духовного потенциала работников [3]. В настоящее время наблюдается существенное ухудшение состояния здравоохранения из-за объективных причин, к которым относятся следующие: использование потерявших свою актуальность механизмов управления, недооценка значимости человеческих ресурсов и отсутствие грамотно выстроенной системы мотивации медицинских работников.

На сегодняшний день в научной и учебной литературе мотивацию труда чаще всего описывают следующим образом: стремление работника удовлетворить потребности (получить определенные блага) посредством трудовой деятельности [4]. При этом основным способом, который используется для мотивации труда и привлечения сотрудников к активной деятельности, является вознаграждение. Главная цель мотивационных процессов в учреждениях здравоохранения, как и в любой другой области человеческой деятельности, – получение максимальной отдачи от использования задействованных человеческих ресурсов, что в свою очередь положительно влияет на результативность функционирования медицинского учреждения в целом.

При изучении основных теорий мотивации их делят на две группы: содержательные и процессуальные. Первая группа теорий (содержательные) основывается на идее, что потребности человека являются базовым фактором, который побуждает его к определенной деятельности, совершению определенных действий. В содержательных теориях мотивации изучается, какие потребности и каким образом мотивируют человека к той или иной деятельности; какова их структура; в каком порядке происходит удовлетворение потребностей. Значительным достоинством содержательных теорий является определение важности роли потребностей в качестве главного фактора мотивации. Однако необходимо учесть и основной недостаток этих теорий: в реальной жизни проявление и удовлетворение потребностей крайне редко происходит в соответствии со строгими иерархиями, выявленными учеными, и зависит от большого количества обстоятельств, такими, как то: пол, возраст, психологические особенности человека, его социальное положение и т.п. В данную группу включают теории таких ученых, как Абрахам Маслоу («Иерархическая модель потребностей человека»), Фредерик Герцберг («Двухфакторная теория мотивации»), Дэвид МакКлелланд («Теория трёх потребностей»).

В отличие от содержательных теорий, в которых изучаются цели людей, в рамках процессуальных теорий основной упор делается на сам процесс достижения цели и удовлетворение соответствующих потребностей. При этом в процессуальных теориях не отвергается роль потребностей в мотивации человеческой деятельности; согласно им, не менее важны и условия удовлетворения потребностей: ожидаемое вознаграждение и справедливая оценка результата проделанной работы. К группе процессуальных теорий мотивации относят концепции таких ученых, как Виктора Врума («Теория ожиданий»), Джона Стейси Адамса («Теория справедливости»), Эдвина Локка («Теория постановки целей»), Лимана Портера и Эдварда Лоулера («Комплексная теория мотивации») и Дугласа МакГрегора (теория «Х» и теория «Y») [5].

Как показывают многочисленные исследования, невозможно разработать единую универсальную систему мотивации персонала. С одной стороны, это объясняется многообразием фирм, предприятий и учреждений: сфера деятельности, различные формы собственности и организационно-правовые формы, количество сотрудников, вид выпускаемого продукта (работы или услуги). А с другой стороны, тем, что все люди индивидуальны, у всех свои жизненные установки и ценности. Исходя из этого, можно сделать вывод, что необходимо формулировать индивидуальные программы мотивации, учитывая личностные особенности сотрудников, а также специфику деятельности учреждения.

Также необходимо отметить, что вопрос трудовой мотивации медицинского персонала является особенно актуальным в условиях реформирования отечественного здравоохранения и для его разрешения требуется не только глубинный анализ, но и практические разработки на всех трех уровнях: федеральном, региональном и муниципальном.

Список литературы

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». – URL: <http://base.garant.ru/70643470/>.
2. Ленская, И. Ю. Актуальность внедрения командного менеджмента в систему управления персоналом учреждений здравоохранения / И. Ю. Ленская // Всероссийская научно-практическая конференция «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» («Management in the Healthcare: Challenges and Risks in the XXI century») г. Волгоград 16–17 декабря 2016 г.: сборник материалов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. – С. 210–213.
3. Данилова, Е. А. Мотивация персонала в учреждениях здравоохранения / Е. А. Данилова, Э. С. Ермашова // Научный журнал «Дискурс». – 2016. – №2. – С. 302–307.

4. Ленская, И. Ю. Управление персоналом организации: конспект лекций / И. Ю. Ленская, И. В. Шиндряева, В. А. Ширяева – М.: Мир науки, 2017. – URL: <http://izd-mn.com/PDF/06MNNPU17.pdf> – Загл. с экрана

5. Аширов, Д. А. Трудовая мотивация / Д. А. Аширов. – М. : Проспект. – 2005. – 444 с.

УДК61:33

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАТЕГОРИЙ «МЕНЕДЖМЕНТ» И «СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА»

Казмина Ксения Романовна

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

Рассмотрим, что такое социальная сфера и менеджмент, выяснив, как они связаны, какие цели и задачи преследуют.

В литературе и разных источниках термин «социальная сфера» объясняется по-разному. Социальная сфера, с точки зрения экономики, это совокупность систем и учреждений непроизводственного характера, занимающихся развитием образования, культуры, здравоохранения и т.д. Так же к этой сфере относят совокупность услуг, предоставляемых социальными отраслями. Социальная сфера напрямую зависит от качества и уровня жизни общества в рассматриваемом государстве. Нельзя не согласиться с Осадчей Г.И., утверждающей, что «к социальной сфере относятся все объекты и процессы, которые принимают прямое, непосредственное участие в формировании свойств системы, связанных с воспроизводством и совершенствованием личности (группы), удовлетворением ее витальных и высших потребностей»[1].

Целью социальной деятельности является:

1. Поддержание и обеспечение жилищных условий людей на достойном уровне
2. Равные возможности получения образования и трудоустройства
3. Охрана жизни и здоровья общества
4. Справедливые условия оплаты труда
5. Привлечение внимания к современным средствам социального развития.

Задачами социальной деятельности служат такие направления, как:

- Социальное развитие общества(наука, искусство, спорт)
- Социальная защита населения (пенсионные фонды, здравоохранение)
- Социальное обслуживание людей (ЖКХ)

Проанализируем категорию «менеджмент». Это профессиональная деятельность по управлению компаниями и организациями в условиях риска, Менеджмент предполагает принятие стратегических и тактических решений для повышения статуса фирмы или вывода ее из критической ситуации, умение добиваться поставленных целей, направляя труд людей в нужное русло. Менеджмент уделяет большое внимание работе организаций, обеспеченности населения благами, услугами, необходимыми для поддержания нормальной жизни общества, а так же определению финансирования и эффективности компании. Всем этим занимается, конечно же, специально подготовленный человек – менеджер. Менеджер является неотъемлемой частью организации в современном обществе. Он должен уметь искусно управлять людьми, управлять ресурсами, мотивировать работников делать больше для компании, диагностировать проблемы, разрабатывать и принимать решения.

Основной функцией эффективности менеджмента в экономике является достижение цели за счет управленческой деятельности. С точки зрения социальной сферы, функция будет заключаться в обеспечении экономического подъема народного хозяйства и достижения наибольшего социального эффекта при затратах на управление.

Эффективность работы всего предприятия напрямую зависит от умения владельцев и менеджеров принимать стратегически правильные решения. Но в современном обществе существует огромная конкуренция между фирмами и от правильности этих решений зависит судьба организации. Так многие руководители приспосабливаются к условиям рыночной конкуренции, к изменениям технического и научного прогресса. Поэтому предприятия, которые прочно удерживаются на рынке, разрабатывают свои стратегические планы развития своего дела.

В зависимости от того, как строится взаимодействие организации с внешним окружением, выделяют организацию с механическим типом управления и организацию с органическим типом управления.

Характерными чертами механического типа управления являются следующие:

- Четкие задачи;
- Негибкая структура;
- Командный тип организации;
- Иерархическая система власти;
- Контроль за нижестоящими сотрудниками;
- Неизменная структура организации;
- Предоставление сотрудникам инструкций и распоряжений

Характерными чертами органического типа управления являются следующие:

- Самоконтролируемая организация;
- Гибкие задачи;
- Готовность к быстрым изменениям;
- Руководители строят задачи и цели на опыте и знаниях;
- гибкая структура;
- разнонаправленные коммуникации.

В социальной сфере менеджмент широко применяется во многих отраслях. Например - управление финансами компании. В данном случае, целью является увеличение прибыли организации, за счёт усовершенствования финансовой политики, т.е. более эффективного использования финансов. Также менеджмент может быть использован при работе с клиентами компании. В этом случае можно организовать центры по работе с клиентами, техническую поддержку клиентов. Целью менеджмента в этом случае могут быть привлечение новых покупателей и сохранение старых.

Конечно же, менеджмент широко используется при работе с персоналом. Здесь он направлен на то, чтобы весь персонал организации с максимальной продуктивностью работал на достижение общей цели компании. Сюда можно отнести управление набором новых кадров, работу по организации повышения квалификации работников и поощрение наиболее успешных, а также организацию встреч работников с начальством компании, где все желающие могут задать свои вопросы руководству.

Таким образом, можно сделать вывод, что менеджмент занимает ведущее место в социальной и экономической сфере в современном обществе, так как ставит и решает задачи, путем коммуникаций и влиянием в обществе.

Список литературы

1. Осадчая Г.И. Социология социальной сферы. – М.: Академический проект, 2003.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Калачева Дарья Германовна

Россия, Волгоградский государственный университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Бабич Татьяна Владимировна*

Государственно-частное партнерство становится неотъемлемой частью развития различных сфер национальной экономики. Сегодня наиболее часто форма ГЧП используется в создании дорожной инфраструктуры, в обслуживании метрополитена и других видов транспорта, в организации отдыха и туризма, социального обслуживания населения, в сферах культуры и образования, а также для распределения электрической и тепловой энергии.

В социальной сфере наиболее количество концессий реализуется в отрасли здравоохранения. В настоящий момент здравоохранение является одной из наиболее перспективных сфер для заключения концессионных соглашений с накопленным опытом правоприменительной практики. Частные инвесторы заинтересованы в создании и дальнейшем сопровождении объектов социальной инфраструктуры.[1]

ГЧП в сфере здравоохранения представляет собой взаимовыгодное сотрудничество органов государственной власти, органов местного самоуправления, частных и некоммерческих организаций, которое позволит обеспечить эффективное выполнение задач публично-правовых образований в сфере здравоохранения путем привлечения частных ресурсов для создания, реконструкции, управления содержания инфраструктуры здравоохранения или предоставления услуг. [2]

При реализации проектов на основе государственно-частного партнерства, каждый участник имеет свои преимущества, так как при модернизации системы здравоохранения в рамках ГЧП учитываются интересы всех сторон: государства, частного сектора и населения. Государство передает ответственному исполнителю своего заказа часть обязанностей по финансированию таких мероприятий, как обслуживание оборудования, закупка расходных материалов, содержание здания. В свою очередь частные инвесторы помимо дополнительных доходов от поставки своих услуг по госзаказам, расширяет поле деятельности, осуществляет позитивную социальную рекламу. При таком взаимодействии получает выгоду и потребитель, получая более качественные медицинские услуги.

Развитие института ГЧП помогает решить различные существующие проблемы и имеет ряд преимуществ:

- возможность повышения качества социальных услуг;
- участие бизнеса в развитии объектов государственной собственности;
- использование профессионализма и опыта частного сектора в развитии современных форм проектного финансирования, организации управления собственностью и хозяйственной деятельностью объектов;
- стимулирование предпринимательского мышления у государственных служащих и внедрение передовых методов управления в органах государственной (муниципальной) власти;
- помощь в развитии инфраструктуры, которая не была бы реализована в иных условиях.

На сегодняшний день имеются предпосылки для привлечения средств крупных частных инвесторов в сферу здравоохранения. Однако существуют барьеры на пути внедрения ГЧП в данной сфере. [3]

Одним из важных барьеров является неразвитая законодательная база. Только с 1 января 2016 года вступил в силу Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской

Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Помимо этого требуют поправок законы «Об обязательном медицинском страховании», «О концессионных соглашениях», «Об автономных учреждениях» и Налоговый кодекс РФ. Сотрудничество между бизнесом и государством, до введения закона, регулировало правительство региона, что препятствовало формированию эффективного взаимодействия.

Не менее важной проблемой является низкая мотивация инвесторов. Высокие риски, длительная окупаемость проектов препятствуют активному участию частного бизнеса в проектах государственно-частного партнерства. С целью повышения активности инвесторов необходимо обеспечить гарантии, а также организовать контроль реализации таких проектов. Предоставление льгот будущим частным инвесторам станет отправной точкой в развитии ГЧП в сфере здравоохранения. К таким льготам можно отнести предоставление земельных участков для строительства медицинских центров, подключение медицинских учреждений к инфраструктуре.

Нехватка квалифицированных кадров является препятствием в развитии ГЧП в сфере здравоохранения. Для осуществления эффективного взаимодействия частных структур и государства необходимо привлечение высококвалифицированных специалистов. Создание специальных институтов по выявлению неэффективных или требующих реконструкции медицинских учреждений, позволит упростить процедуру перехода государственного медучреждения в сферу государственно-частного партнерства, а также устранить проблему управления бизнес-процессами. [4]

Таким образом, государственно-частное партнерство – это современный вектор развития здравоохранения в стране. Такая форма взаимодействия позволит усовершенствовать и расширить рынок медицинских услуг, сформировать эффективную конкурентную среду, будет способствовать повышению качества оказываемой медицинской помощи, увеличению ассортимента предлагаемых услуг, а также позволит эффективно использовать ресурсы при оказании медицинской помощи.

Нельзя не отметить, что для успешного внедрения данной формы партнерства, должна быть построена законодательная платформа, регулирующая развитие форм и инструментов государственно-частного партнерства. Она должна регламентировать вопросы компетенций, ответственности, полномочий всех участников ГЧП. При этом важным условием внедрения ГЧП является создание институтов, обеспечивающих эффективную защиту частных инвесторов.

Список литературы

1. Гуселетова А.А., Особенности реализации проектов ГЧП в здравоохранении // Символ науки. – 2015. - №12. – С. 101-103.
2. Аджиенко В.Л., Косинова Н.Н., Стратегический анализ института государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // Экономика и менеджмент медицины. – 2017. - №4. – С. 380-400.
3. Сюткин М.В., Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России // - 2011. - №4. – С. 4-7.
4. Гласова Е.С., Проблемы и перспективы развития государственно – частного партнерства в сфере здравоохранения в России // Бизнес – образование в экономике знаний. – 2016. - №2. – С. 11-13.

УДК 314.6

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В РОССИИ

Калмыкова Марина Павловна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор *Курченков Владимир Викторович*

Социальная политика является составной частью политики любого государства и занимает особое место в государственном управлении. На разных этапах развития государство может отдавать приоритет тому или иному ее направлению. Процесс становления и развития социального государства представляет собой наиболее целесообразный способ соединения начал свободы и власти в целях обеспечения благополучия личности и развития общества, достижения социальной справедливости и солидарности в распределении продуктов труда.

Развитие системы родовспоможения, поддержка материнства и детства являются приоритетными направлениями работы органов государственной власти федерального и регионального уровней. Государственная поддержка многодетных семей и комплексная система мер по защите материнства и детства – приоритетное направление долгосрочной стратегии развития страны.

Обеспечение государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства является одним из самых масштабных и вместе с этим одним из ключевых направлений социальной политики государства.

Семья представляет собой систему социального функционирования человека. Современная семья стремительно меняет свой облик, трансформируясь по мере ценностной трансформации общества и изменения отношения к семье. В российском обществе стремительно снижается социальное здоровье молодежи, распространяются со значительной силой прежде не свойственные ей типы семейных отношений, меняется в целом парадигма семейных отношений, семья автономизируется, становится менее устойчивой, что порождает в большом количестве неполные семьи, повторные семьи. Современная семья переживает сложный этап эволюции: изменяются виды семейных отношений, система власти и подчинения в семье, роли супругов, положение детей. Но все это не снижает, а в ряде случаев повышает значимость материнства, которое всегда, даже в эпоху распада семейных отношений, их кардинального переосмысления и изменения, не утрачивает своего социального и демографического предназначения.

В настоящее время современная российская семья характеризуется высокой рискогенностью, которая проявляется в следующем:

1. Около 60% зарегистрированных браков в России распадаются;
2. Около 50% союзов являются не зарегистрированными;
3. Менее 30% женщин могут устроить свою жизнь после развода;
4. 30% детей в России воспитываются в неполных семьях;
5. Около 500 тыс. детей в России растут без родителей;
6. Каждая 5-я женщина страдает от женских болезней;
7. 15% женщин в России не могут иметь детей, при этом ежегодно регистрируется

около миллиона абортот.

В то же время семья в России по-прежнему остается социальной группой, от социального положения, самочувствия, состава, ценностных установок которой зависит уровень и характер общественного развития.

Социальная защита детей, детства и отрочества ориентирована на создание таких условий жизни и развития детей, которые позволяли бы всем детям иметь наилучшие возможности для сохранения здоровья, материального благополучия, свободного доступного образования, дошкольного и школьного воспитания, гармоничного духовно-нравственного развития, реализации своих способностей. Государство законодательно закрепляет значимость периода детства в жизни человека, его приоритет в подготовке к самостоятельной жизни в обществе, привитии высоких моральных и социально значимых качеств в процессе социализации и становления личности.

Государственная социальная защита материнства и детства выражается:

1. в нормативно-правовом закреплении социальных гарантий, прав и свобод граждан, как на федеральном, так и региональном уровнях;

2. в экономических механизмах стимулирования рождаемости и поддержания достойного уровня жизни семей с детьми;

К таким механизмам относят, прежде всего, входящие в систему социальной защиты меры страхового типа, а именно пособия по временной нетрудоспособности, пособия в связи с материнством, различные виды социальной помощи, в том числе единовременные или постоянные денежные выплаты, адресные социальные программы, компенсации, а также помощь в натуральной форме.

3. в организационных механизмах предоставления всех видов социальных услуг, функционирования государственных социальных учреждений, деятельность которых направлена на поддержку семей с детьми, людей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации.

Государственное регулирование развития института семьи, поддержка материнства и детства являются крайне необходимым инструментом решения комплекса демографических, социальных и экономических проблем общества.

Именно ориентированность на социальную сферу в качестве приоритетной, учет мнений и потребностей людей позволят развивать и совершенствовать систему социальной защиты, а также решить важнейшие общегосударственные задачи достижения социальной справедливости, благополучия граждан, обеспечения экономической и социальной стабильности.

Список литературы:

1. Коротун А. В. Механизмы социально-правовой защиты материнства и детства в современной России. Журнал «Педагогическое образование в России», выпуск № 10/2014/. – Режим доступа:<http://cyberleninka.ru/article/n/mehanizmy-sotsialno-pravovoy-zaschity-materinstva-i-detstva-v-sovremennoy-rossii>

2. Станиславский П. В. Социальная защищенность семьи, материнства и детства в России в контексте обеспечения демографической безопасности России. Журнал «Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки», выпуск № 10-1/20152010/. -Режим доступа:<http://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-zaschischennost-semi-materinstva-i-detstva-v-rossii-v-kontekste-obespecheniya-demograficheskoy-bezopasnosti-rossii>

3. Берела М. П., Бондаренко Е. Ю. Государственная поддержка материнства и детства в Волгоградской области. Научно-практический электронный журнал «Аллея науки». - Томск: №9, 2017. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29448440>

УДК 338.22.021.4

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Кваченко Виктория Дмитриевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель:, д.э.н., профессор *Максимова И.В.*

Основная цель государственного управления – это неуклонное повышение качества и уровня жизни населения. Качество жизни населения напрямую связано с финансированием системы здравоохранения. Согласно статистическим данным, продолжительность жизни в России сейчас не превышает у мужчин 65,3 года, а у женщин – 76,5 года. В это время в экономических развитых странах, например в США, продолжительность жизни у мужчин - 76,6 года, а у женщин – 81,4 года [1,2]. Конечно можно говорить о том, что на продолжительность жизни оказывает влияние гораздо большее количество факторов, чем затраты на здравоохранение. Но исследования автора

демонстрируют наиболее тесную взаимосвязь между затратами на здравоохранение и продолжительностью жизни как основного показателя качества жизни населения (см.рис.)

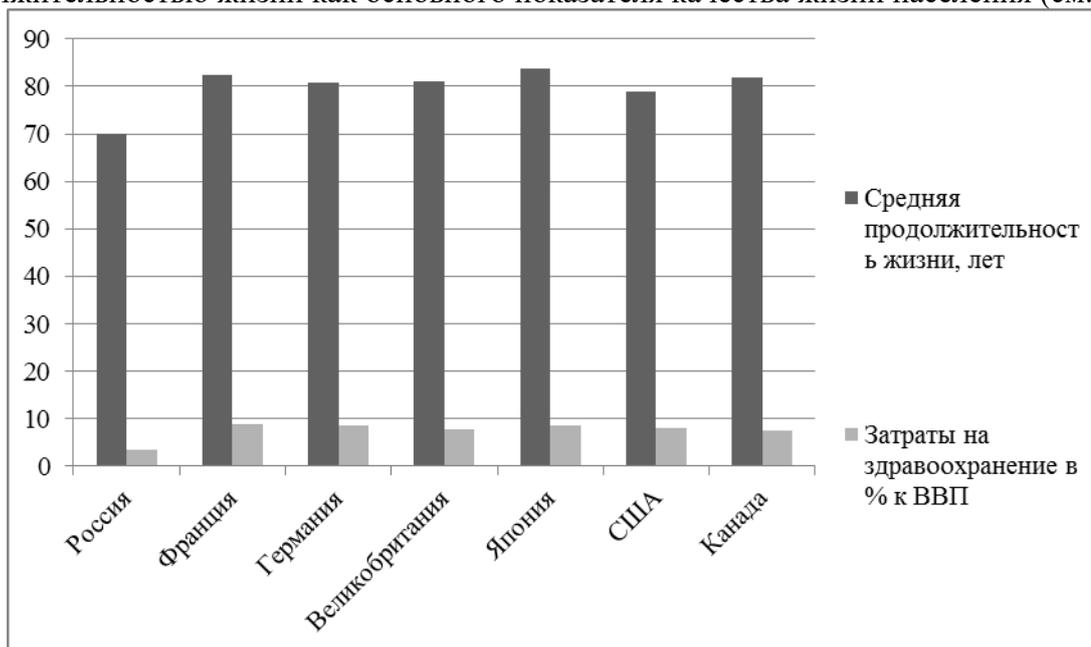


Рис. 1. Продолжительность жизни и затраты на здравоохранения в % ВВП в странах мира (по данным 2015 г.)

Составлено автором по [1,2]

Как видно из рисунка, наиболее высокая средняя продолжительность жизни в Германии, Франции и Японии. Именно в этих странах наиболее высокие показатели затрат на здравоохранение в процентах к ВВП. В Германии этот показатель составляет около 8,6% , во Франции – около 9%, в Японии – около 8,5 %.

К сожалению в России затраты на здравоохранение составляют всего около 4% к ВВП. Это почти в 2 раза ниже, чем в экономически развитых странах. В этих условиях важным направлением совершенствования управления здравоохранением для повышения качества жизни населения в России выступает рост затрат на здравоохранение.

Как известно, основной источник финансирования здравоохранения зависит от модели системы здравоохранения. В мире различают три модели: социально-страховую, рыночную и государственную. Рыночная модель характерна для США. Государственная модель – для Канады и Великобритании. Но наиболее распространена в мире социально-страховая модель. Она существует, например, в таких экономически развитых странах, как Германия, Франция и Япония. Учитывая это, можно сделать заключение, что в России выбран верный путь реформирования системы финансирования здравоохранения.

Если в СССР здравоохранение финансировалось исключительно государством, то сейчас основным источником финансирования выступают средства негосударственного фонда медицинского страхования. Эти средства формируются за счет обязательных отчислений, перечисляемых физическими лицами и работодателями. Наиболее крупные национальные проекты финансируются в России из федерального бюджета. Определенный вклад в финансирование вносят региональные и муниципальные органы власти. Таким образом, такое комплексное финансирование, по мнению автора, создает наилучшие условия для развития здравоохранения в России.

По мнению автора, дальнейший рост объемов финансирования здравоохранения в России, в основном зависит, от решения следующих задач:

- поступательного роста экономики и последующего роста доходов населения и бюджетов всех уровней;
- роста частных инвестиций в отрасль здравоохранения, включая иностранные;

- развития новых технологий в системе здравоохранения, повышения качества медицинских услуг, что создаст условия для привлечения иностранных клиентов (развитие международного медицинского туризма).

Список литературы

1. Здравоохранение в России. Статистический сборник 2015– URL: <http://www.gks.ru/>

2. Россия и страны мира. Статистический сборник 2016. – URL: <http://www.gks.ru/>

УДК 615.03-001.8

**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПО ДАННЫМ
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Кузьмина Татьяна Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор *Рогова Наталья Вячеславовна*

Введение. Сахарный диабет (СД) – самое распространенное эндокринное заболевание, которое в XXI веке принимает характер неинфекционной пандемии во всем мире. По данным федерального регистра, общая численность пациентов с СД в РФ (85 регионов с учетом 6 регионов по данным Росстат) на 31.12.2016 г. составила 4,348 млн человек (3% населения РФ), из них: СД 2 типа – 92% (4 001 860 чел.), СД 1 типа – 6% (255 385 чел.), другие типы СД – 2% (75 123 чел.) [1]. Социальная значимость сахарного диабета обусловлена тем, что он приводит к ранней инвалидизации и летальности, которая является следствием наличия поздних сосудистых осложнений диабета. Среди поздних осложнений сахарного диабета наиболее часто встречается синдром диабетической стопы (СДС). Затраты государства и лично пациента с данной патологией составляют ощутимое финансовое бремя. Одним из путей оптимизации терапии и снижения расходов государства является рационализация затрат с помощью внедрения в повседневную клиническую практику стандартов ведения больных и строгое их соблюдение [2]. Анализ степени соответствия лечебно-диагностического поиска существующим стандартам - путь к рационализации ведения данной группы больных

Цель. Изучить качество диагностического поиска у пациентов с синдромом диабетической стопы и определить его соответствие современным клиническим рекомендациям и стандартам.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретроспективное описательное одномоментное фармакоэпидемиологическое исследование. В исследовании оценивалась первичная медицинская документация: карты стационарных пациентов города Волгограда. Выборка составила 510 стационарных карт пациентов с синдромом диабетической стопы хирургических отделений стационаров города Волгограда, находившихся на стационарном лечении за период с 2011 по 2015 годы. Исследуемая группа в 51% была представлена женщинами, в 49% - мужчинами. Средний возраст пациентов составил $66,3 \pm 10,7$ лет (min-33, max-96).

Результаты и обсуждение. Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы российской ассоциации эндокринологов, диагноз синдром диабетической стопы основывается на результатах анализа анамнестических данных, осмотра нижних конечностей (состояние кожных покровов, наличие раневых дефектов и их характеристики, видимые деформации костных структур), данных оценки состояния периферической тактильной, вибрационной и температурной

чувствительности, определении состояния периферического артериального кровотока. Некоторые фармако-экономические аспекты по специализированной медицинской помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	225
A09.05.083	Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	1	1
A26.01.005	Бактериологическое исследование гнойного отделяемого	1	1
Инструментальные методы исследования			
A04.12.005.001	Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей	1	1

Клинически значимая артериальная недостаточность может быть исключена при наличии хорошо пальпируемого пульса на тыльной артерии стопы, передней и задней большеберцовых артериях или лодыжечно-плечевом индексе (ЛПИ) $>0,9$. По результатам нашей работы, пальпаторное определение пульса проводилось в 100% случаев, однако ультразвуковое дуплексное сканирование артерий (уровень доказанности 1А) только в 14% (n-72). Оценка состояния периферической иннервации на основании определения тактильной чувствительности с помощью 10 г монофиламента (уровень доказанности 2А) исследуемой категории больных не проводилась. Оценка состояния костных структур нижних конечностей с использованием магнитно-резонансной томографии (уровень доказанности 2А) у пациентов в острой стадии диабетической остеоартропатии не проводилась. Диагностика раневой инфекции по результатам бактериологического исследования (уровень доказанности 1А) была проведена только 21,7% больным. Оценка состояния углеводного обмена с исследованием уровня пре- и постпрандиальной гликемии на момент поступления и выписки проводилась 79% пациентам.

Выводы. Несмотря на большой накопленный опыт в лечении больных с синдромом диабетической стопы, в настоящее время врачами стационарного звена не соблюдаются клинические рекомендации и стандарты по ведению. По результатам нашей работы были выявлены грубейшие ошибки в диагностическом алгоритме пациентов с синдромом диабетической стопы, что может значительно влиять на качество оказания медицинской помощи данной группе больных и серьезно увеличивать затраты на их лечение.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К.// Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. Журнал Сахарный диабет: том 20, № 1 (2017).
2. Петров В.И., Рогова Н.В., Михайлова Д.О.// Фармакоэкономический анализ эффективности комплексной терапии больных с сахарным диабетом 2-го типа. Вестник ВолгГМУ: выпуск № 1/ 2010г.-С.29.

УДК 65.012.7

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА МОТИВАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Лиманская Наталья Игорьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель, к.э.н., доцент *Соболева Светлана Юльевна*

Медицинский персонал учреждения здравоохранения является богатством организации. Важным шагом к тому, чтобы сделать труд работника как можно более производительным, является профессиональная и социальная адаптация медицинского работника в коллективе. Для выявления совершенной системы мотивации, руководству важно постоянно проводить исследования, направленные на выявление метода, приемлемого и эффективного для того или иного сотрудника в организации.

Сегодня медицинский персонал учреждения здравоохранения является главным фактором, определяющим будущее медицинской организации. Ведь медицинский персонал — это совокупность личностей, каждая из которых обладает особой индивидуальностью, интеллектом, способностью к саморазвитию, творчеству.

Поэтому сегодня медицинские работники организации рассматриваются уже не просто как личности, а в социально-культурном аспекте, то есть действующими в единой команде, объединившись на добровольной основе.

Систематизация факторов, влияющих на выбор карьерной ориентации и карьерный рост представителей медицинских профессий, является одной из проблем социальной психологии, медицинской, и психологии личности. В этом контексте рассматривается широкий круг понятий, начиная от особенностей мотивационной сферы медицинского работника, личностных черт и заканчивая такими явлениями, как профессиональная адаптация и организационная социализация. Мотивация (motivation) — это готовность работника приложить значительные усилия для достижения целей организации и в результате иметь возможность удовлетворить определенные индивидуальные потребности.

Процесс мотивации основан на функциях и свойствах (элементах) сознания и психики и включает восприятие и оценивание ситуации, целеполагание, выработку решений, ожидание результатов действий и их сознательную корректировку. Мотивация занимает одно из центральных мест в системе управления любым социально-экономическим объектом. Мотивация медицинских сотрудников является одной из функций управления наряду с другими функциями, такими как планирование, организация деятельности медицинских работников, контроль, принятие решений и пр.

Мотивацию как процесс можно представить в виде ряда последовательных этапов, вначале это возникновение потребностей, в завершении — устранение потребности. Мотивирование — это процесс воздействия на человека для побуждения его к конкретным действиям посредством побуждения в нем определенных мотивов. Примером мотивации в сфере здравоохранения может служить эффективный контракт. Предпосылки перехода на эффективный контракт содержатся в Указе Президента РФ № 597, предусматривающем поэтапное совершенствование системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики. Указано, что повышение оплаты должно быть обусловлено достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг. Эффективный контракт - это 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, а также меры социальной поддержки. Итак, под эффективным контрактом понимаются трудовые отношения между работодателем и работниками.

Проблемы эффективности медицинских работников и качества, с которыми сталкивается руководство, подразделяются на четыре широкие категории, касающиеся: технологии (продукция или услуги); методологии (системы управления); компетентности работников (знания, квалификация, отношение к работе и сослуживцам); рабочей атмосферы в коллективе (культура и стиль управления).

Если руководство заинтересованно в успехе работника на новом рабочем месте, оно должно всегда помнить, что — организация — это общественная система, а каждый работник — это личность. Когда новый человек приходит в организацию, он приносит с собой ранее приобретенные опыт и взгляды, которые могут вписаться или не вписаться в новые рамки. Одной из основных задач управления является определение мотивов деятельности каждого сотрудника и согласование этих мотивов с целями организации. Благоприятные оценки проделанной работы (положительное подкрепление) повышают самооценку, мотивируют трудовую деятельность, усиливают творческую инициативу. Поощрение вселяет веру у человека в себя, в свой потенциал, способности, дает надежду на успешное выполнение новых заданий, что усиливает стремление, трудится наилучшим образом. Позитивное подкрепление формирует установку, в рамках которой работник стремится к такой линии поведения, к выполнению таких задач, к такому качеству труда, посредством которых оправдывается его ожидание справедливого вознаграждения. Одновременно он, безусловно, избегает таких действий, которые могут завершиться неприятными последствиями.

Потребности человека, достаточно исследованы и представлены несколькими теориями мотивации, отражающими многогранность и неоднозначность этого процесса. Руководству медицинского учреждения необходимо систематически проводить исследования, помогающие определить какой индивидуальный метод приемлем для того или иного сотрудника в организации и является наиболее эффективным в мотивации медицинского работника.

Изучение мотивации поведения работников и стимулирования трудовой деятельности медицинских работников позволяет составить определенный мотивационный комплекс каждого работника, группы и персонала в целом.

Список литературы

1. Барков С. А. Управление персоналом. - М.: ЮристЪ, 2001. - 451 с.
2. Беляцкий Н. П., Велеско С. Е., Питер Ройш. Управление персоналом. - Мн.: Интерпрессервис, Экоперспектива, 2002 г. - 352 с.
3. Гущина И. Трудовая мотивация как фактор повышения эффективности труда. // Общество и экономика. № 6 - 2000 г.
4. Егоршин А. П. Управление персоналом. – Н. Новгород: Дело, 2003. - 720 с.
5. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. - СПб.: Питер, 2002. - 514 с.
6. Кибанов А. Я. Управление персоналом организации. – М.: Инфра-М, 2000. -512 с.
7. Мухамедова Н. С., Расулова Н. Ф., Эшдавлатов Б. М., Мамедова Г. Б. Анализ и совершенствование существующих методов мотивации в медицинских учреждениях // Молодой ученый. - 2014. - № 3. - С. 213–215.
8. Соболева С.Ю., Обьедкова Л.В. Специфика формирования организационной культуры российских компаний. Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. – ВолГУ, 2009. С. 165 – 169.- ISSN 1998 – 992X.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Мочалова Наталья Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор *Косинова Наталья Николаевна*

Социально-демографические процессы, экономический рост, развитие медицинских технологий предъявляют серьезные вызовы российской системе здравоохранения.

Ослабление тенденции сокращения численности российского населения выступает политическим императивом. От системы здравоохранения общество ожидает результативного противостояния тенденции роста смертности населения, в особенности в трудоспособном возрасте. Хотя показатели младенческой и материнской смертности в последние годы снижаются, продолжение этой тенденции и сокращение более чем двухкратного разрыва с европейскими странами требует от системы здравоохранения существенно больших усилий.

Повышение доли лиц пожилого возраста в составе населения влечет изменения в масштабах и структуре заболеваемости, требующие более высоких затрат на медицинскую помощь и медико-социальное обслуживание. Только в силу действия этого фактора потребность в расходах на здравоохранение возрастет в 2020 г. более чем на 15% [1].

Экономический рост [2] обусловит усиление давления на систему организации и финансирования медицинской помощи со стороны государства, бизнеса, населения, профессиональных медицинских сообществ. Задачи модернизации российской экономики будут подталкивать федеральное правительство к росту расходов на здравоохранение и одновременно к предъявлению требований повышения эффективности использования ресурсов отрасли.

Обусловливаемое особенностями российского экономического роста усиление региональной дифференциации по уровню первичных доходов органов власти и населения породит тенденцию к дифференциации возможностей получения медицинской помощи. Это в свою очередь повысит требования со стороны основной части российских регионов к перераспределительной политике федерального центра.

Экономический рост [2] усилит конкуренцию бизнеса за высококвалифицированную рабочую силу. С одной стороны это вызовет расширение спроса на эффективно функционирующие системы негосударственного медицинского страхования и оказания медицинской помощи работникам, прежде всего в крупных корпорациях. С другой - усилится давление бизнеса на государство в сторону расширения финансирования здравоохранения и роста эффективности его работы как фактора сокращения производственных издержек.

Экономический рост приведет к существенному расширению численности среднего класса, для которого будет характерно более ответственное отношение к здоровью, желание и способность вкладывать средства в профилактику и лечение заболеваний. Средний класс будет предъявлять растущий платежеспособный спрос на медицинскую помощь, диктуя более высокие требования к ее качеству.

Развитие медицинских технологий и появление новых поколений лекарственных средств расширят возможности раннего выявления заболеваний и лечения больных. Но одновременно этот прогресс станет значимым фактором удорожания медицинских услуг, поскольку подавляющая часть новых технологий требует больших инвестиций и текущих затрат. При этом усилиями только медицинских работников будет все сложнее улучшить показатели здоровья населения. Повысится значение комплексного межсекторного подхода, требующего тесного взаимодействия здравоохранения с системами образования и социальной защиты, местными органами власти, бизнесом.

Существующая государственная система здравоохранения неспособна адекватно ответить на эти вызовы. В ряду главных ее проблем – несбалансированность государственных гарантий медицинской помощи с их финансовым обеспечением и связанное с этим нарастание платности услуг и неравенства в доступности медицинской помощи; низкий уровень материально-технического оснащения учреждений и недостаточная квалификация значительной части медицинского персонала; низкая эффективность действующей системы обязательного медицинского страхования (ОМС); ограниченные возможности для рационального привлечения личных средств населения; серьезные структурные диспропорции (слабое развитие первичной помощи, доминирование в системе больниц, излишние мощности медицинских учреждений и проч.); слабость экономической мотивации персонала и расширение практики неформальной оплаты услуг в медицинских учреждениях.

Необходимо также провести институциональные преобразования в системе государственного управления и финансирования здравоохранения, создать институциональные условия для эффективного сочетания государственных и частных источников оплаты медицинской помощи. Корпорациям и домохозяйствам должны быть предложены новые формы аккумулирования и расходования средств на укрепление здоровья и лечение (новые страховые программы и проч.).

Следует сделать развитие здравоохранения важным элементом политики борьбы с бедностью, сделав акцент на первоочередную поддержку лиц с тяжелыми заболеваниями, не обладающими достаточными личными средствами для лечения. Уровень финансовой защиты граждан от больших расходов на медицинскую помощь должен стать важнейшим индикатором результативности функционирования отрасли. В ситуации существенного удорожания медицины эта стратегия является социальным и нравственным императивом развития общества.

В последние годы государством были сделаны крупные вложения в здравоохранение, но груз накопленных проблем остается весьма значительным. Отставание здравоохранения от западных стран ощущается значительно сильнее, чем многих других ключевых отраслей экономики. Чтобы противостоять новым вызовам, необходимо модернизировать систему здравоохранения, повысив ее технологический, организационный и профессиональный уровень. Для этого требуется заметное повышение места здравоохранения в системе бюджетных приоритетов на всех уровнях власти.

Таким образом, вышеописанные направления модернизации системы здравоохранения при их реализации позволят существенно повысить качество медицинской помощи, расширить способы и источники финансирования здравоохранения, обеспечить принципы равенства и доступности медицинских услуг в отношении всего населения.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) "О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года" (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года")

2. Стратегия-2020: Новая модель роста — новая социальная политика. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 года http://www.ranepa.ru/docs/Nauka_Konsalting/strategia-2020_kniga-1.pdf

РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Мужиченко Анна Сергеевна

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

Разработка стратегии деятельности любого предприятия осуществляется посредством эффективного управления. Одной из проблем стратегического управления является выбор стратегии развития предприятия, который часто затруднен ввиду отсутствия целостного представления о типах и видах стратегий. Многие ученые полагают, что существует 4 вида стратегий: интенсивного роста, интеграционного роста, диверсификационного роста, сокращения.

Стратегия интенсивного роста выгодна больше других, если компания еще не работает в полную мощность, т.е. не использует все свои возможности как медицинских товаров, так и рынков. Принято считать, что существует три главных подвида стратегии интенсивного роста.

1. Более глубокое проникновение на рынок. Такой путь используют, когда медицинские организации пытаются увеличить спрос на свой давно существующую услугу или товар на уже давно захваченном рынке. Это может быть увеличение рекламы медицинских услуг, медикаментов, новейших технологий, врачей и качественно работающего персонала или проведение каких-либо акций.

2.Расширение границ своего рынка. Для этого медучреждению приходится «проталкивать» свои услуги на новые рынки. Сменить географический охват территории сбыта с тем, чтобы привлечь новые группы потребителей. Например, оказывать услуги детям, создавать условия привлечения именно такой категории пациентов.

3.Усовершенствование уже существующего товара. Это помогает завоевать совершенно новые группы потребителей. Внедрение новых технологий для лечения, изменение подхода к пациентам позволит не только повысить стоимость медицинских услуг, а также привлечь потребителей с уровнем дохода, который будет значительно выше, чем прежний [6].

Стратегия интеграционного роста подходит лишь, когда позиции медицинские компании очень прочны в своем секторе. Эта прочность помогает организации перемещаться в данной отрасли как вперед, так и назад и даже по горизонтали.

1.Перемещение назад (регрессивная интеграция) дает возможность более строгого контроля за поставщиками.

2.Перемещение вперед (прогрессивная интеграция) дает возможность более четкого контроля за распределением и сбытом товаров и услуг.

3.Перемещение по горизонтали (горизонтальная интеграция) дает возможность более жестко контролировать возможности конкурентов [3].

Стратегию диверсификационного роста чаще всего применяют, когда нет возможности уже расширяться в данной отрасли или вход в другую отрасль сулит большие прибыли.

У этого вида стратегии существует три подвида.

1.Концентрическая диверсификация — компания добавляет в свой ассортимент похожие товары. Например, частная медицинская компания, которая занималась оптическими услугами и продажей очков и линз для зрения, может выпустить в продажу солнцезащитные очки.

2.Горизонтальная диверсификация — компания добавляет в свой ассортимент те товары или услуги, которыми еще не занималась.

3.Конгломератная диверсификация — компания добавляет в свой ассортимент товары или услуги, которые совершенно не имеют к ней никакого отношения [1].

Стратегия сокращения чаще всего применяется, когда компания долгое время работала в темпе очень быстрого роста и теперь ей следует перегруппировать свои силы для лучшей производительности или же наблюдается спад в экономике.

Для любой организации стратегия означает набор правил, приемов и методов, с помощью которых достигается цель, решаются конкретные проблемы и распределяются ресурсы.

Прежде чем приступить к разработке стратегии необходимо иметь ответы на следующие вопросы: Какие преимущества имеет предприятие на успех среди конкурентов; Какие товары и услуги будут выставлены на рынок; Какой тип покупателя будет преобладать на рынке; Как будут распределяться ресурсы внутри предприятия; Какая технология будет наиболее предпочтительна и перспективна в данных условиях; Какие возможности имеются для коммерческих сделок и получения прибыли [2].

Разработка стратегии – процесс длительный и трудоемкий. Различные предприятия по-разному решают эту проблему. Так сложные и крупные предприятия разрабатывают стратегии более подробно и детально, а предприятия малого бизнеса ограничиваются основными принципами стратегического планирования. Для медицинских учреждений правильная разработка стратегии особенно важна, так как при эффективной ее реализации организация здравоохранения улучшит качество предоставляемых услуг пациентам, а тем самым повысится общий уровень здоровья населения [5].

Разработка стратегии развития организации имеет следующие этапы:

1. Формулировка целей и миссии.
2. Анализ внешней и внутренней среды медучреждения различными методами. Оценка сильных и слабых сторон, которыми обладает организация, а также ее возможностей и угроз, которые могут возникнуть или уже образовавшиеся.
3. Формирование стратегии и составление определенных действий, которые обязательны к выполнению для реализации задуманных целей.
4. Внедрение стратегии, а также контроль над осуществляющимися действиями.
5. Оценка результатов.

Отметим, что единой стратегии для всех организаций не существует. Каждая организация уникальна в своем роде, поэтому и процесс выработки стратегии для каждой организации свой, т.к. зависит от позиции организации на рынке, динамики ее развития, ее потенциала, поведения конкурентов, характеристик оказываемых услуг, состояния экономики, культурной среды и т.д.

Процесс выработки стратегии не завершается каким-либо немедленным действием. Обычно он заканчивается установлением общих направлений, продвижение по которым обеспечит рост и укрепление позиций фирмы.

Список литературы

1. Аналоуи Ф., Карамидис А. Стратегический менеджмент малых и средних предприятий. М.: Юнити, 2010. 221 с.
2. Ансофф И. Новая корпоративная стратегия / Пер.с англ. СПб.: Наука, 2009. 239 с.
3. Бородин А.И., Николаева С.И. К оценке стратегии развития предприятия в конкурентной среде // Проблемы современной экономики. 2013. № 1. С. 141-142.
4. Виханский О.С. Стратегическое управление. М.: Гардарики, 2010. 198 с.
5. Кудрявцев А.А. Менеджмент в здравоохранении: Медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб.: Изд-во С.-Петербур.ун-та, 2011. 172 с.

СТРУКТУРА ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Мухараева Элина Мингияновна

Россия, Волгоградский государственный университет

В настоящее время серьезной проблемой является неспособность медицинских организаций (МО) предоставлять доведенный до них объем медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Ежегодно объемов финансовых ресурсов оказывается недостаточно для обеспечения выполнения плана по объему медицинских услуг населению. Таким образом, на современном этапе крайне актуален вопрос об успешном управлении денежными ресурсами медицинских организаций, которое становится возможным при наличии эффективного финансового механизма.

В состав финансового механизма организаций включены финансовые отношения как объект финансового управления, финансовые рычаги, финансовые методы, правовое обеспечение и информационно-методическое обеспечение финансового управления. [1].

Финансовые рычаги реализуются через финансовые показатели, на которые направлено применение финансовых методов в процессе управления. Примером подобных величин служат прибыль, амортизация, арендная плата, дивиденды, процентная ставка, кредиты и займы, налоги, ценные бумаги и т.д.

Наконец, правовое и информационно-методическое обеспечение осуществляет регулирование и сопровождение процесса финансового управления в составе финансового механизма.

Перейдем к анализу структуры финансового механизма медицинских организаций, являющиеся ключевым звеном системы здравоохранения в РФ, 95% которых – государственные бюджетные учреждения. Финансовый механизм медицинских организаций подвержен влиянию инструментов государственной политики в области финансирования здравоохранения.

Размер страхового взноса и величина подушевого норматива являются основными факторами, влияющими на финансовую устойчивость медицинской организации в РФ. Подушевой норматив должен рассчитываться исходя из реальной стоимости территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению субъекта РФ медицинской помощи. Так как тарифы страховых взносов, по оценкам экспертов, занижены в 2 раза, финансовое обеспечение здравоохранения продолжает осуществляться по остаточному принципу.

Таким образом, процесс формирования финансового механизма медицинских организаций обусловлен двумя основными факторами:

- изменением законодательства, которое предполагает использование новых финансовых инструментов и методов;
- недофинансированием отрасли, вследствие низких размеров страховых взносов.

Подушевые нормативы финансирования рассчитываются территориальными фондами ОМС. Порядок расчета и утверждения дифференцированных подушевых нормативов для страховых медицинских организаций разрабатывается в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[2], приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [3] и от 9 сентября 2011 г. № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» [4].

Условием успешного внедрения одноканального финансирования является достаточность финансовых ресурсов в системе здравоохранения субъекта РФ. Использование подушевых принципов финансирования в условиях дефицита приводит к ослаблению финансовой устойчивости медицинских организаций. В сложившихся обстоятельствах обеспечение ликвидности и платежеспособности медицинской

организации во многом зависит от эффективности применения инструментов финансового механизма в процессе регулирования финансовых и денежных потоков.

С учетом особенностей финансов медицинских организаций, оказывающих государственные услуги, представляется, что финансовый механизм медицинских организаций должен включать в себя четыре функциональных блока, включая проектирование, текущее планирование, управление и оценку эффективности финансово-хозяйственной деятельности.

Проектирование финансово-хозяйственной деятельности осуществляется на трехлетний период и касается таких аспектов, как объем медицинской помощи (услуг), цена медицинской услуги, уровень условно-постоянных расходов, нормативы переменных затрат, финансовый результат.

Блок текущего планирования финансово-хозяйственной деятельности предполагает бюджетирование по видам медицинской помощи и источникам финансирования; составление оперативных планов по подразделениям, формирование ПФХД.

Блок оперативного управления финансово-хозяйственной деятельностью реализуется через такие методы как анализ выполнения плановых объемов услуг; анализ стоимости услуг, анализ себестоимости услуг; анализ кредиторской и дебиторской задолженности; анализ платежеспособности; группировки расходов; стимулирование работников; финансовый контроль.

Последний блок оценки эффективности финансово-хозяйственной деятельности предполагает анализ целевого использования субсидий, анализ исполнения сводного бюджета расходов и доходов, оценку доходности (безубыточности) в разрезе источников финансирования (видов медицинской помощи), подготовку годового финансового отчета.

Таким образом, сочетание элементов финансового механизма - форм, видов, методов организации финансовых отношений - образует конструкцию, которая приводится в движение путем установления количественных параметров каждого ее элемента, путем определения ставок и норм изъятия средств, объема фондов, уровня расходов. Количественные параметры и разнообразные способы их определения являются наиболее мобильной частью финансового механизма. Эти способы чаще всего подвергаются корректировке, чутко реагируют на изменение условий производства и задач, стоящих перед обществом.

Модернизация современного финансового механизма медицинских организаций сводится к разработке отдельных его элементов, обеспечивающих максимальную результативность в экономической системе, основанной на многообразии форм собственности и правового статуса медицинских организаций.

Список литературы

1. Финансы и кредит: учеб. под ред. Т.М. Ковалёвой. — 6-е изд., испр. и доп. — М. : КНОРУС, 2011. — 360 с.
2. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ. - Режим доступа: <http://base.garant.ru/12180688/>.
3. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (с изменениями и дополнениями [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения и социального развития РФ от 28.02. 2011 № 158н. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12183423/>.
4. Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н : [ред. от 28.06.2016]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120707/.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Пономарева Анастасия Дмитриевна

Россия, Волгоградский филиал ФГБОУ ВО РЭУ им. Г.В. Плеханова
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Кравченко Елена Николаевна*

В настоящее время состояние здоровья населения является одним из ключевых условий процветания и благополучия каждой нации. Именно поэтому система здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства.

Традиционно под здравоохранением в Российской Федерации подразумевался целый комплекс государственных, социальных, экономических, а также медицинских мер по охране и улучшению здоровья социума. Тем не менее на сегодняшний день ситуация изменилась: здравоохранение – это сложная система социально-экономических взаимоотношений и специфичная отрасль народного хозяйства. Наряду с этим, со стороны правительства возрастает и структурно усложняется интерес к здоровью граждан.

В связи с этим, в последнее время был реализован комплекс мероприятий по реструктурированию системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности, а также усовершенствована система обязательного медицинского страхования (система ОМС) [1].

Именно модернизация системы ОМС, которая была произведена в период с 2011 по 2015 годы, в последние годы внесла значимые институциональные изменения в области здравоохранения. Ее главные результаты заключаются в стабилизации финансовых потоков в систему ОМС и выравнивание имевших место различий в объемах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах [3].

Также перспективными в области здравоохранения можно назвать следующие направления:

- внедрение и развитие инноваций в уже имеющихся структурах (развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения в сфере персонализированной медицины, а также обеспечение паллиативной медицинской помощи пациентам, которые страдают неизлечимыми заболеваниями);

- повышение эффективности имеющихся служб (обеспечение приоритета профилактики охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания высокотехнологичной медицинской и скорой помощи и т.д.);

- устранение имеющегося дефицита кадров и ресурсов (обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами, а также обеспечение системности развития отрасли).

Иными словами, формирующийся в мире запрос на новое качество жизни требует разработки и создания методов диагностики и лечения, опирающихся на принципы персонализированной медицины, неинвазивные надежные экспресс-технологии мониторинга в домашних условиях, дистанционные методы получения медицинских услуг, характеризующихся профилактической направленностью, безопасностью, высокой эффективностью.

По мнению экспертов в настоящее время в России главными проблемами в области здравоохранения являются:

1) Кадровые проблемы в системе здравоохранения такие как:

- нехватка квалифицированных кадров;
- наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы);

- некачественная и деградирующая подготовка современных кадров;
- 2) Снижение влияния и контроля современной политики;
- 3) Дефицитное финансирование системы здравоохранения.

Решить проблему дефицитного финансирования системы здравоохранения возможно несколькими способами. Во-первых, это увеличение расходов бюджета, как федерального, так и субъектов. Такой путь труднореализуем, особенно на местном уровне, так как решение о размере бюджета принимается именно бюджетной комиссией, а не органами здравоохранения, осознающими реальные потребности в финансировании. Во-вторых, это трансферты. Их целевое назначение не дает возможности изменить направление их движения. Трансферты решают вопросы закупок оборудования для больниц и капитального строительства. Вопросы же предоставления элементарной медицинской помощи решаются силами местных бюджетов. В-третьих, это повышение эффективности расходов на здравоохранение. С учетом специфики бюджетного процесса и хронической ограниченности ресурсов, необходимо полагать, что только именно системный подход и использование всех намеченных путей решения предоставит возможность получения желаемого результата. Недостаточно используются эффективные механизмы финансирования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) ввиду отсутствия финансирования на стимулирующие выплаты; несовершенства нормативной правовой базы, отсутствия юридических механизмов; слабой подготовки менеджеров здравоохранения.

В заключение необходимо отметить, что существуют не только проблемы, но и перспективы финансирования системы здравоохранения в России. Также существует ряд направлений, которым необходимо уделить внимание при разработке политики финансирования здравоохранения. При этом, все направления должны быть взаимосвязаны и сопровождаться финансовыми, экономическими, медицинскими, а также управленческими механизмами и инструментами, позволяющими сформировать системный подход к развитию и модернизации системы здравоохранения в Российской Федерации.

Список литературы

1. Официальный сайт всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/ru/>.
2. Проект «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» [Электронный ресурс].. URL: <http://topmedicina.ru/health/koncersiya/>. Россия в цифрах. 2017: Крат. стат. сб./ Росстат- М., Р76 2017 – 511 с.

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ: РОССИЙСКИЕ РЕАЛИИ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Рябова Екатерина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Соболева Светлана Юльевна*

Одной из важнейших проблем на современном этапе развития экономики большинства стран мира, является проблема в области работы с персоналом. Нет таких организаций, в том числе и медицинских, про которые можно было бы сказать, что они функционируют в стабильной среде. В мире, в стране, в регионе, да и в самой организации происходят постоянные изменения - политические, экономические, технологические, структурные, меняются и люди, работающие в организации. Успеха добиваются те организации, которые готовы работать в условиях изменений видят перспективу и работают на нее[1].

Одной из ключевых проблем в области кадровой работы для всей системы здравоохранения России является проблема недостаточной обеспеченности лечебно-профилактических учреждений (далее ЛПУ) в среднем медицинском персонале.

По сей день продолжает увеличиваться кадровый дисбаланс «врачи-сестринский персонал»: в России соотношении между врачебным и средним медицинским персоналом (1:2,1:3), хотя ВОЗ в качестве международного стандарта рекомендуют государствам придерживаться соотношения 1:4 – 1:5 между врачебным и средним медицинским персоналом. Более того, обеспечение населения субъектов Российской Федерации средним медицинским персоналом неравномерно: При средней обеспеченности по России 113,7 на 10 тыс. населения, самый высокий показатель отмечается в Ивановской области – 151, Калмыкии – 131,8, а самый низкий в Ленинградской и Московской областях – 83,3 и 89,1 соответственно, а в Ингушетии только 45,1. Численность профессионально подготовленных сестер-менеджеров на должностях руководителей сестринскими службами в лечебно-профилактических учреждениях невелика[2].

Помимо этого, еще одной острой проблемой становится организация управления сестринскими кадрами.

Существующая система управления, когда врач отвечает за выполнение профессиональных функций медицинской сестры, а медсестра - санитарки, когда главная и старшая медицинские сестры большую часть своего рабочего времени вынуждены заниматься хозяйственными вопросами, стала тормозом для развития профессионализма и улучшения качества работы медицинской сестры, внедрения новых, высокоэффективных медицинских технологий, как отдельными работниками, так и группами работников ЛПУ[3].

Медицинская сестра подчинена старшей и главной медсестрам, врачу-ординатору, заведующей отделением, заместителю главного врача и главному врачу. Ее профессиональная деятельность зависит от врачей, их интеллекта и личных амбиций. Это мешает ее работе, ставит в приниженное, подчиненное положение, несмотря на то, что она тоже профессионал на своем уровне[3].

К сожалению, сегодня в практическом здравоохранении России не сформирована среда для деятельности медицинских сестер новой формации, отвечающих международным требованиям. Руководители ЛПУ не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции. Прежде всего, это касается введения современной системы сестринского ухода в работу по профилактике заболеваний, укреплению здоровья, реабилитации, помощи и уходу на дому, паллиативной помощи.

Для выработки оптимального решения накопившихся проблем необходимо рассмотреть опыт зарубежных стран.

Если сравнивать номенклатуру должностей/специализаций среднего медицинского персонала западные страны с Россией, то у нас гораздо меньше медсестринских специальностей (в Великобритании - около 100). В США тоже значительно больше, чем в России, самых разных сестринских специализаций, постоянно наблюдается сужение функционала, появление новых специализаций.

Образование медицинских сестер максимально широкое: от нескольких месяцев на курсах переподготовки для выпускников школ (для работы сертифицированным помощником медицинской сестры), одно-двух- трехгодичного обучения в медицинских училищах (медсестринских школах) до университетского и поствузовского образования, получения научной степени доктора наук по сестринскому делу (PhD).

В развитых странах происходит усиление координирующей роли среднего медицинского персонала как в коммуникациях с врачами общей практики и врачами узких специальностей, так и усиление координирующей роли среднего медицинского персонала в менеджменте больниц. В будущем планируется дальнейшее усиление лидерских позиций среднего медицинского персонала в системе здравоохранения. Они

должны стать полностью полноценными участниками взаимодействия с врачами. К 2020 году в США должна быть открыта ординатура для медсестринских специальностей, до 80% медсестер будут иметь высшее образование (степень бакалавра), также планируется вдвое увеличить число медсестер с докторской степенью PhD

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод: в западных странах существует принципиально другой подход со стороны государства и общества к деятельности медицинской сестры. Это престижная и хорошо оплачиваемая профессия, к которой общество и государство предъявляет весьма высокие требования. Довольно часто сестринский труд предполагает высокий уровень образования (если сравнивать с образованием медицинских сестер в России), достаточно высокий уровень клинического мышления, включая знания доказательной медицины, высокую степень самостоятельности и ответственности по оценке состояния пациентов, планированию и осуществлению ухода за ними, квалифицированному консультированию пациентов, их родных и членов местного сообщества[2].

Основываясь на опыте зарубежных стран, необходимо сформировать стратегию развития сестринского дела в России, целями которой могут быть:

- развитие сестринского дела как самостоятельной отрасли медицины;
- подготовка нового поколения медсестер, предусматривающая расширение круга их обязанностей для более полного и качественного оказания медицинской помощи, дифференцированной от врачебной, а также возможность заниматься преподавательской, организаторской и научно-исследовательской деятельностью;
- обеспечение преемственности обучения в системе непрерывной, многоуровневой подготовки специалистов сестринского дела;
- развитие лидерства в сестринском деле - управлять персоналом должны специалисты, имеющие высокий культурный и общеобразовательный уровень.

Список литературы

1. Тарасенко Е.А. Кадровое планирование, компетентность и компетенции медицинского персонала: зарубежный опыт и уроки для России// VII Всероссийская научно-практическая конференция «Медицина и качество – 2014». URL <https://chp.hse.ru/data/2015/03/12/1094472553> (дата обращения: 23.10.2017)

2. Сургутскова Е.С. Проблемы совершенствования управления персоналом организации // Материалы VII Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум». URL:<http://www.scienceforum.ru/2015/1356/13881> (дата обращения: 23.10.2017).

3. Большдырева Н.В. Структурная реорганизация управления и работы среднего и младшего медицинского персонала терапевтического стационара на примере МУЗ «2-я городская клиническая больница»// Дипломная работа. URL:<http://works.doklad.ru/view/EmvPsnQHKqw.html>

УДК 65.012.7

ОСОБЕННОСТИ СОЗДАНИЯ ЧАСТНОЙ КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сарангов Очир Владимирович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. *Соболев Александр Витальевич*

Диагностика – основа современной медицины. Но для сдачи анализов нужно потратить массу времени и сил, простаивая огромные очереди в муниципальных поликлиниках. Государственные лаборатории при больницах и поликлиниках зачастую неспособны предоставить должное качество оказываемых медицинских услуг. В

настоящее время люди готовы заплатить деньги, тем самым сэкономить время и нервы, чтобы быстро и без усилий получить результаты необходимых анализов. В связи с этим на услуги частной клиничко-диагностической лаборатории существует устойчивый спрос. Рынок частных медицинских лабораторных услуг еще до конца не заполнен. Причина кроется в чрезвычайно сложной организационной составляющей бизнеса и в приобретении современного высокотехнологичного дорогостоящего оборудования (термоциклеры, ридеры, вошеры, роботы, анализаторы и т.п.) и наличия сильной аналитической базы. Ввиду вышеизложенных причин в Российской Федерации наблюдается значительный перекос в сфере платных медицинских услуг в сторону процедурных кабинетов.[2]

Для тех кто все таки решил создать свою частную лабораторию важным шагом является — формирование точного профиля услуг. Так как спектр выполняемых анализов клиничко-диагностической лаборатории очень широк, от простых и распространенных такие как общий и биохимический анализы крови, общий и биохимический анализы мочи, гормональное исследование, полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ, аллергологические пробы, быстрый уреазный тест, анализ показателей системы гемостаза, проба на онкомаркеры, цитологические и гистологические исследования, до редких, такие как анализы на вирусные гепатиты D, E, F, G, которые очень слабо распространены. Содержание оборудования для специфических исследований сильно снизит показатель рентабельности такого бизнеса и заставит изъять немалую сумму из оборотных средств на оборудование. Чтобы уменьшить эту сумму лаборатория может заключить договор с другими лабораториями на основе аутсорсинга. Так же для уменьшения срока окупаемости целесообразно создать уже упомянутые процедурные кабинеты, в которых ведут прием самые востребованные специалисты (терапевт, гинеколог, стоматолог) и предоставляются услуги по УЗИ-диагностике.

Квалификация специалистов в этом бизнесе имеет большое значение. Ведь от малейших нюансов зависит очень многое. Здесь все имеет значение - правильно взять анализы, точно заполнить все формы, соблюсти условия транспортировки и вовремя доставить биоматериал в лабораторию, не путать результаты анализов разных пациентов и не допускать утечки конфиденциальной информации, просчитывать сроки реактивов и т.п.

Что касается рекламы и продвижения, ни реклама на телевидении, ни на радио, ни в печатных СМИ эффекта не принесет. Основным способом остается взаимодействие с врачами, ведь именно они направляют своих пациентов на анализы. И именно они могут порекомендовать конкретную лабораторию. Со своей же стороны, если врач будет уверен в качестве и достоверности результатов исследований, он с удовольствием будет сотрудничать с конкретной лабораторией, ведь от диагностики зависит и лечение, а значит и выздоровление пациента, а значит и его репутация вместе с заработком тоже.

Отдельного упоминания заслуживает получение медицинской лицензии, но на пути к самому разрешению на занятие медицинской деятельностью предстоит запастись терпением. Для начала потребуется регистрация юридического лица (ведь рассматривается случай коммерческой деятельности медицинской лаборатории). После этого в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения передаются нотариально заверенные копии учредительных документов; копия об уплате государственной пошлины; копии всех документов на оборудование и помещение, где указаны права собственности или получения в аренду. В случае с недвижимостью нужно свидетельство из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним.

Так же стоит отметить что, лаборатория требует больших пространств, ведь некоторое оборудование представляет собой аппараты, занимающие всю комнату. Некоторые помещения должны быть полностью изолированы друг от друга или вовсе специально обустроены для проводимых исследований (например, при работе с гамма-

лучами). Для его расположения и дальнейшей работы придётся арендовать помещение не менее 100 м², при этом для получения разрешений от санэпидстанции и пожарной службы идеально найти имеющее отдельный вход и не расположенное в жилом доме. Большинство тестов не возможно без расходных материалов. Их закупка и приобретение более мелкого сопутствующего оборудования составит порядка половины от стоимости самих аппаратов. Запуск лабораторно-диагностического бизнеса занимает от недели до полугода — в зависимости от уровня сложности оборудования, времени, за которое персонал осваивает работу с ним и востребованности услуги.

Стоит упомянуть, что для успешного создания частной лаборатории нужно знать общие направления развития клинической лабораторной диагностики, это нужно, чтобы Ваша лаборатория всегда была актуальной и успешной, ведь в наше время, где правят бал высокие технологии, нету другой такой области как лаборатория которая не была так подвержена изменениям со стороны научно-технического прогресса.

Первое направление - развитие компьютерных технологий. Повсеместное их внедрение, формирование документации и архива анализов.

Второе направление - распространение и расширение диагностических возможностей относительно новых методов лабораторной диагностики.

Третье направление - ускорение цикла лабораторного обследования пациентов, особенно в отделениях экспресс диагностики.

Четвертое направление – централизация лабораторных исследований. Эта тенденция неизбежно приводит к централизации лабораторных исследований и вытеснению и закрытию мелких малопроизводительных лабораторий с ограниченными возможностями.

Пятое направление - специализация лабораторных исследований. Специализация позволяет сосредоточить интеллектуальный и производственный потенциал для максимально углубленного лабораторного обследования по специализированным видам диагностики.

Шестое направление – приближение лабораторной диагностики к пациенту. Развитие диагностики на основе чиповых технологий.

Седьмое направление – управление качеством клинических лабораторных исследований.

Рентабельность подобного дела нельзя назвать высокой – из-за немалых затрат на оборудование и крупных ежемесячных расходах, такой бизнес будет приносить не столь относительно высокую прибыль, да и срок окупаемости составит несколько лет. Но, тем не менее, такой вид бизнеса будет стабильным, так как роль лабораторной диагностики в медицине год от года только растет. В заключении стоит добавить что одно из очевидных решений для увеличения рентабельности и уменьшения издержек данного бизнеса это выполнение наиболее распространенных анализов силами собственной лаборатории и выполнения сложных и редких анализов на основе аутсорсинга с крупными лабораториями.[1]

Список литературы

1. Володина Н.И. Концепция развития службы клинической лабораторной диагностики Российской Федерации на 2003 – 2010 гг. [Электронный ресурс] URL: <https://www.med.cap.ru>

2. Соболева, С.Ю. Применение метода аутсорсинга в управлении медицинскими учреждениями [Текст] / С.Ю. Соболева, Животова С.В. // Волгоградский научно-медицинский журнал. №3. 2013 г. июль – сентябрь. С. 3 - 6

3. Чинарова Е.С. Свой бизнес: рентабельность частной лаборатории диагностики свыше 30%. [Электронный ресурс] URL: <https://www.openbusiness.ru>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ГКБ ИМ. БРАТЬЕВ БАХРУШИНЫХ

Соколова Ирина Олеговна

Россия, Москва, Первый МГМУ им. Сеченова

Научный руководитель: к.э.н., доцент *Глухова Марина Ивановна*

В условиях реформы здравоохранения в России преобразованиям должны быть подвергнуты все аспекты деятельности медицинской организации. Особенное внимание необходимо уделить кадровой политике, так как именно в условиях медицинской организации роль человека в белом халате, его ответственности, его заинтересованности неизмеримо высока. Оптимальная структура персонала может сложиться только в результате продуманной, чётко выстроенной и проводимой на научной основе кадровой политики. Для выявления тенденций развития в том, числе и системы управления персоналом ГКБ им. братьев Бахрушиных на рынке медицинских услуг был проведен SWOT – анализ организации.

Таблица 1

SWOT-анализ ГКБ им. братьев Бахрушиных

Внутренняя среда	
<p>Сильные стороны</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкий уровень конкуренции - продолжительное время существования (известность, закрепление в сознании потребителей); - сложившийся имидж высокопрофессионального медицинского учреждения; - возможность обслуживания потребителей с низкими доходами. 	<p>Слабые стороны</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкая материально-вещественная база; - низкая управляемость в связи с масштабом; - нерыночный менталитет управленческих кадров; - ограниченное финансирование; - по сравнению с хорошо развитыми частными медицинскими учреждениями, менее комфортные условия как стационарного, так и амбулаторного обслуживания; - по сравнению с частными медицинскими учреждениями, более низкая скорость реагирования на изменения; - недостаточная укомплектованность кадрами вследствие низкого уровня заработной платы.
Внешняя среда	
<p>Возможности</p> <ul style="list-style-type: none"> - участие в инвестиционных проектах с государственным финансированием; - развитие государственных национальных проектов; 	<p>Угрозы</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение государственного финансирования; - усиление конкуренции со стороны частных медицинских учреждений; - негативные изменения законодательства; - кадровый дефицит.

Как видно, анализируемое учреждение обладает как сильными, так слабыми сторонами. Среди сильных сторон его внутренней среды наибольшее значение имеет продолжительность деятельности и практически отсутствие конкурентов - в районе действует всего 4 частных медицинских учреждения (не считая стоматологических),

однако в будущем, в условиях снижения государственного финансирования, конкуренция может усилиться, а нерыночный менталитет управленческих кадров сделает маркетинговую макросреду высококонкурентной и конкуренция среди медицинских учреждений превратится в реальную угрозу. При этом внешняя среда позволяет ГКБ им. братьев Бахрушиных воспользоваться открывающимися возможностями в связи с реализацией национальных проектов и крупных государственных инвестиционных проектов.

Вся кадровая работа сводится к ликвидации негативных последствий, информация о кадрах имеется на уровне информационной справки о персонале, без соответствующего анализа кадровых проблем и причин их возникновения.

Проблемы при реализации подобной кадровой политики могут возникнуть в том случае, если усилится влияние таких факторов, как существенное негативное изменение рынка, появление новых медицинских услуг, которые могут вытеснить имеющиеся сейчас у учреждения. Состояние кадровой системы ГКБ им. братьев Бахрушиных характеризуют следующие показатели, которые можно сгруппировать по основным направлениям кадровой работы:

1. В области отбора и расстановки кадров:

Большое количество сотрудников старшего и предпенсионного возраста.

Большое количество сотрудников, которые не решаются принимать решения самостоятельно.

2. В области оценки:

Выстроенной системы повышения квалификации не существует, управление кадрами осуществляется по модели продвижения специалистов по должности.

Формально продвижение по службе должно проводиться на основе учета деловых качеств и служебного соответствия, однако на деле подобная оценка вообще не осуществляется.

Аттестация сотрудников проводится нерегулярно и ее правила формально не установлены.

3. В области политики вознаграждения:

Основным компонентом системы мотивации сотрудников ГКБ им. братьев Бахрушиных является механизм денежного вознаграждения за труд. Основной принцип в системе денежного вознаграждения — равная оплата за равный труд, что означает одинаковый уровень заработных плат у сотрудников, занимающих одинаковые по сложности и значимости должности (рабочие места) и показывающие равные уровни результативности деятельности.

Анализ кадровой политики позволяет сделать вывод о назревшей необходимости её совершенствования.

Основные направления совершенствования:

1. Качественное изменение систем и форм оплаты труда работников

2. Разработка комплексной программы аттестации и перееаттестации

3. Организация переобучения персонала

4. Разработка стратегии социального развития предприятия

5. Создание структуры, работающей с молодыми специалистами

6. Создание системы резерва руководящих кадров

7. Заключение договоров с ВУЗами и училищами

8. Создание и использование банка данных уволенных специалистов

9. Разработка программ конкурсного отбора специалистов на определённые должности.

На смену спонтанной кадровой политике должна прийти чётко выстроенная эффективная система, которая позволит изменить ситуацию в отрасли здравоохранения к лучшему[1].

Список литературы

1. Информационный электронный ресурс: <http://www.kadrovik.ru/>

УДК 377.2

**ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ПОСРЕДСТВОМ
ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ПРОЕКТ
«БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»)**

Циколенко Яна Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, кандидат педагогических наук *Чумаков Вячеслав Игоревич*

С 2016 года в медицинских учреждениях стартовал проект «Бережливая поликлиника». Проект «Бережливая поликлиника» запустили в трех регионах - Ярославской и Калининградской областях и в Севастополе. На данный момент к «Бережливой поликлинике» присоединилось 99 медицинских учреждений в 37 регионах страны.

Но проект сталкивается с проблемами:

- обучение технике бережливого производства и IT-навыкам;
- для бережливого производства характерно участие всего персонала медицинской организации;
- трудность в нахождении специалистов, которые хорошо ориентируются во всех тонкостях проекта [1].

Чтобы руководить проектом врачи должны быть «подкованы» в менеджменте, поскольку им нужно разбираться в системе бережливого производства, системе 5S, в разработке карт потока создания ценности и т.д.

Для решения данных проблем помогут дистанционные образовательные технологии.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) - это образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном или не полностью опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника [2].

Дистанционным образовательным технологиям для медицинских работников характерны следующие преимущества:

1. Гибкость. Врачи смогут обучаться в удобное время, в удобном месте и темпе.
2. Модульность и вариативность. У руководителей медицинских учреждений будет возможность формировать план обучения, соответствующий индивидуальным или групповым потребностям.
3. Параллельность. Медицинские кадры будут постоянно повышать свой образовательный уровень, даже на рабочем месте.
4. Охват. Одновременное обращение большого количества медицинских работников ко многим источникам необходимой информации, общение через сети связи друг с другом и со специалистами, потенциальная возможность охвата всемирной аудитории.
5. Экономичность. Медицинские учреждения будут эффективно использовать технические и транспортные средства. Концентрированное, унифицированное представление информации и мультидоступ к ней снижают затраты на обучение сотрудников.
6. Технологичность. Применение врачами в образовательном процессе новейших достижений педагогической и научно-технической мысли, современных информационных

и телекоммуникационных технологий, способствующих продвижению их в мировое постиндустриальное информационное пространство.

7. Равный доступ к информации. Равные возможности получения образования независимо от места нахождения медицинского учреждения, материальной обеспеченности.

8. Лёгкость обновления содержания и возможности архивации старого материала. Любой материал остается у медицинских работников в виде компьютерных лекций и может быть в любой момент востребован.

9. Стимулирование самостоятельности в обучении, умения критически мыслить, мотивации, самодисциплины и ответственности, настойчивости в достижении цели. Благодаря применению дистанционной технологии, у медицинских работников развиваются и укрепляются такие качества, как целеустремленность, ответственность, способность принимать конструктивные решения, значительно повышается и уровень их интеллекта.

10. Интернациональность. Обмен информацией между иностранными и Российскими медицинскими организациями [3].

Дистанционное обучение может быть таким же эффективным, как и традиционное при использовании методов и технологий, обеспечивающих взаимодействие медицинских учреждений между собой, обратную связь между специалистами и обучающимися, активность медицинских работников на всех этапах познавательной деятельности.

Благодаря дистанционным образовательным технологиям решаются проблемы проекта «Бережливая поликлиника». Медицинские кадры смогут изучить систему бережливого производства, систему 5S, научатся разрабатывать карты потока создания ценности. Проект смогут реализовать как можно больше медицинских учреждений. В медицинских организациях усовершенствуются процессы, направленные на:

- повышение удовлетворенности пациентов и доступности оказываемых услуг;
- увеличение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и иных потерь;
- совершенствование организации рабочих мест, обеспечивающей безопасность и комфортность работы сотрудников.

Список литературы

1. Циколенко Я. А. Результативность бережливого производства в здравоохранении / Я. А. Циколенко // ВолгГМУ. - 2017. - с. 4.

2. Приказ Минобрнауки России от 6 мая 2005 г. № 137 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_14/m2.html (дата обращения 01.11.2017 г.).

3. Складенко Т. М. Зарубежные концепции дистанционного образования / Т. М. Складенко // Образование и наука. - 2015. - № 1. - с. 106 - 117.

УДК 336.662

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛИЗИНГА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Циколенко Яна Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор, д.э.н. *Косинова Наталья Николаевна*

Проблем в системе здравоохранения немало. Основная - существенный недостаток финансовых средств. Недостаточное финансирование задерживает приобретение медицинскими учреждениями требуемого оборудования, строительство и реконструкцию

помещений, расширение деятельности, повышение квалификации персонала. На покупку современной медицинской техники (бесшумных МРТ томографов, лазерных установок и т.п.) необходимы огромные денежные средства. В государственных учреждениях подобных средств не имеется. По этой причине один из вариантов решения проблемы - лизинг.

Лизинг - вид инвестиционной деятельности по приобретению имущества и передаче его на основании договора лизинга физическим и юридическим лицам за определенную плату на определенный срок и на определенных условиях, обусловленных договором с правом выкупа имущества лизингополучателем [1].

Предметы лизинга разнообразны (таблица 1). Но приобретение медицинской техники и фармацевтического оборудования составляет всего 0,1% в лизинговом портфеле, что очень мало.

Таблица 1

Структура рынка по продуктам лизинга

Предметы лизинга	Доля в лизинговом портфеле на 01.01.17, %
Авиационный транспорт (воздушные суда, вертолеты)	21,6
Грузовой автотранспорт	7,1
Легковые автомобили	6,8
Железнодорожная техника	40,8
Суда (морские и речные)	4,9
Строительная и дорожно-строительная техника, включая строительную спецтехнику на колесах	3,5
Сельскохозяйственная техника и скот	3,2
Машиностроительное, металлообрабатывающее и металлургическое оборудование	3,7
Оборудование для нефте- и газодобычи и переработки	1,9
Недвижимость (здания и сооружения)	1,8
Погрузчики и складское оборудование, упаковочное оборудование и оборудование для производства тары	0,4
Оборудование для пищевой промышленности, включая холодильное и оборудование для ресторанов	0,3
Телекоммуникационное оборудование, оргтехника, компьютеры	0,3
Оборудование для ЖКХ	0,6
Энергетическое оборудование	0,5
Полиграфическое оборудование	0,2
Медицинская техника и фармацевтическое оборудование	0,1
Прочее оборудование	2,3
Легковые автомобили	6,8
Железнодорожная техника	40,8

Источник: Жолобов П., Коршунов Р., Сараев А., Волков С. Рынок лизинга по итогам 2016 года // рейтинги RAEX (Эксперт РА) - 2017. - С. 54.

Приобретение медицинского оборудования составляет такой процент, поскольку существуют недостатки лизинга:

- общая сумма лизинговых платежей превышает первоначальную стоимость оборудования;
- техническое обслуживание, капитальный и текущий ремонт предмета лизинга должна осуществлять медицинская организация;
- освобождается от НДС только реализация медицинской техники, которая перечислена в перечне важнейшей и жизненно необходимой медицинской техники, а

потому услуги по предоставлению его в аренду на возмездной основе облагаются НДС в общеустановленном порядке;

- если оборудование, переданное в лизинг, морально устаревает или выходит из строя за период лизинговой сделки, арендные платежи не прекращаются до конца контракта;

- лизинг достаточно новый инструмент в реализации и поставках оборудования, поэтому не все ещё разобрались в деталях этого механизма.

Но присутствуют и преимущества лизинга для медицинских учреждений:

- получение дополнительных заемных средств;
- учет и амортизация лизингового оборудования ведется на балансе лизингодателя;
- учитываются потребности и специфические особенности медицинского учреждения;

- лизинг способствует реализации инвестиционных и финансовых планов, возможности приобретения и финансирования медицинского оборудования;

- возможность распределять расходы на финансирование капитальных вложений и поступления от медицинских услуг;

- лизинг обуславливается частью обеспечения возвратности инвестированных средств;

- использование временно высвобожденных финансовых средств на другие цели;

- расширяется спектр предоставляемых услуг;

- лизинг служит средством реализации и стимулом для усовершенствования предоставления медицинских услуг, медицинской помощи общественности[3].

Лизинговый бизнес активно развивается и имеет существенные преимущества, что дает возможность руководителям медицинских учреждений задуматься над применением лизинга. Руководители медицинских учреждений должны понимать, что лизинг дает возможность вовлекать новейшее высокотехнологичное современное оборудование в здравоохранение, увеличивать виды, формы медицинского обслуживания, уменьшается период изучения современного медицинского оборудования и техники. Использование лизинга в системе здравоохранения гарантирует наиболее качественное использование бюджетных средств, целенаправленность и эффективность их использования. Применение лизинга при приобретении основных средств, нужных системе здравоохранения, будет содействовать оказанию медицинской помощи, высококачественных медицинских услуг общественности. В свою очередь лизинг считается эффективным экономическим инструментом технической модернизации медицинских учреждений.

Список литературы:

1. Textbook.News, Финансы-Лизинг [Электронный ресурс] - Режим доступа https://textbook.news/lizing_787/korotko-lizinge.html (дата обращения: 30.09.2017)

2. Жолобов П., Коршунов Р., Сараев А., Волков С. Рынок лизинга по итогам 2016 года // рейтинги РАЕХ (Эксперт РА) - 2017. - С. 54.

3. Яндавлетова Д. Х. Условия и требования по применению лизинга в здравоохранении / Д. Х. Яндавлетова // Молодой ученый. - 2014. - №5. - С. 342 - 345.

УДК 658.5.012.14

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Циколенко Яна Александровна

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

Философия бережливого производства зародилась к началу двадцатого века. Она основана на представлении бизнеса как потока создания ценности для потребителя, гибкости, выявлении и сокращении потерь, постоянном улучшении всех видов деятельности на всех уровнях организации, вовлечении и развитии персонала с целью повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон.

В России систему бережливого производства начали внедрять только в 2004 году. Сегодня система бережливого производства широко известна среди управленцев нашей страны.

В 2016 году систему бережливого производства стали применять и в здравоохранении, проект называется «бережливая поликлиника».

Проект «Бережливая поликлиника» запустили в трех регионах - Ярославской и Калининградской областях и в Севастополе. На данный момент к «Бережливой поликлинике» присоединилось 99 медицинских учреждений в 37 регионах страны.

Бережливое производство в здравоохранении - система, ориентированная на повышение удовлетворенности потребителей медицинских услуг, снижение трудопотерь медицинского персонала, повышение качества и производительности труда. При работе медицинской организации с применением методов бережливого производства достигается постоянное сокращение всех типов потерь с целью достижения идеальных условий протекания процессов.

Ключевым принципом бережливого производства является непрерывность производственного потока, без задержек и очередей, за счет равномерности загрузки персонала, рациональной логистики пациентов, персонала и информации, оптимальной планировки площадей медицинской организации и устранения всех видов потерь [1].

Существуют и проблемы применения системы бережливого производства в здравоохранении, такие как:

- бережливое производство - это постоянный и постепенный процесс, на который нужно уделять достаточно много времени и внимания;
- следует обучаться технике бережливого производства и IT-навыкам;
- для бережливого производства характерно участие всего персонала медицинской организации;
- трудность в нахождении специалистов, которые хорошо ориентируются во всех тонкостях проекта;
- не удастся освободить членов рабочих групп от выполнения функциональных обязанностей;
- не решаются глобальные проблемы здравоохранения.

Но применяя бережливое производство в здравоохранении можно добиться следующих результатов:

- сокращение времени ожидания пациентом получения услуг медицинской организации;
- повышение удовлетворенности пациентов качеством и сроками получения услуг медицинской организации;
- обеспечение равномерного сбалансированного распределения функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом, а также распределения функций персонала внутри отдельных структурных подразделений;
- оптимизация информационных потоков, в том числе повышение эффективности медицинской информационной системы, устранение дублирования и избыточного ручного труда при вводе информации в медицинской информационной системе;
- формирование рациональных потоков пациентов в зависимости от цели посещения медицинской организации;
- стандартизация лечебно-диагностических процессов и снижение их вариабельности;
- эффективное использование площади медицинской организации;

- прозрачность организации лечебно-диагностических процессов для пациентов и для руководителей медицинской организации;
- формирование компетенций персонала медицинской организации по быстрому выявлению проблем и их устранению;
- выявление среди персонала лидеров изменений, способных проводить улучшения на основе проектного подхода;
- устранение всех видов потерь в процессах (ожидание, лишние отчетные и учетные документы, лишние хождения, брак и т.д.) [2].

В заключении хотелось бы отметить тот факт, что бережливое производство применяется для любых организаций. Но организация должна созреть. В ней должна быть осознанная необходимость повышения эффективности. И это должны ощущать высшие руководители организации. Применяя бережливое производство для различных отраслей присущи различные проблемы, но результаты применения внушаемы. Развивая и улучшая систему здравоохранения, найдутся решения и всех оставшихся проблем.

Список литературы

1. Организация процесса диспансеризации на принципах бережливого производства// Методические рекомендации. Москва - 2017. - с. 31.
2. Федеральный проект «Бережливая поликлиника» применение методов бережливого производства в медицинских организациях// Методические рекомендации. Москва - 2017. - с. 43.

УДК 65.012.7

ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Чекалова Анастасия Руслановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Водопьянова Наталья Александровна*

Единая тарифная сетка по оплате труда работников государственных учреждений (ЕТС) применялась в отечественном здравоохранении, как и других отраслях бюджетной сферы, начиная с 1992 г. Система оплаты труда, построенная на ее основе, соответствует простой повременной системе, в которой размер материального вознаграждения за труд не зависит от его объема и качества. В качестве одного из основных недостатков системы оплаты труда, основанной на ЕТС, можно указать низкий размер оклада, соответствующего первому разряду тарифной сетки и в целом низкий уровень оплаты труда работников бюджетной сферы, в т.ч. медицинских работников. За время использования ЕТС размер заработной платы не только у младшего и среднего медицинского персонала, но даже и у врачей зачастую не дотягивал до прожиточного минимума для трудоспособного населения. В результате при найме персонала основным критерием стал не профессионализм работника, а его согласие на трудоустройство. В последующем к недостаткам системы оплаты труда, основанной на ЕТС, в здравоохранении добавилась нецелесообразность ее использования в условиях значительных различий в уровне социально-экономического развития субъектов РФ.

Принятие Постановления Правительства РФ от 05.08.2008 г. №583 «О введении новых систем оплаты труда...» означало отмену ЕТС для всех категорий работников бюджетного сектора экономики. В настоящее время завершен поэтапный переход учреждений здравоохранения на новые системы оплаты труда (НСОТ), также называемые отраслевыми. Первыми, начиная с 1 декабря 2008 г., на них перешли федеральные бюджетные учреждения, переход областных и муниципальных учреждений здравоохранения на НСОТ в большинстве регионов осуществлялся вплоть до 2012 г.

Важнейшим отличием НСОТ от существовавшей ранее системы, основанной на использовании ЕТС, является тот факт, что в настоящее время размер всех компонентов заработной платы определяется фактически на уровне самого учреждения. Размер заработной платы теперь зависит от таких факторов, как объем работы, диапазон профессиональных обязанностей и должностных требований, уровень образования и квалификации конкретного работника.

Руководитель учреждения теперь может поощрять наиболее квалифицированных работников, и их зарплаты могут увеличиться больше чем на 30%. У менее квалифицированных сотрудников зарплата должна была вырасти скромнее. Но практика первого месяца показывает, что теория с реальностью не совпала.

Меры по совершенствованию систем оплаты труда в здравоохранении, исходя из увеличения гарантированной части (должностного оклада) в структуре заработной платы, в условиях отсутствия дополнительных финансовых средств на эти цели, привели на местах к уменьшению и даже исключению иных надтарифных выплат, в первую очередь, стимулирующего характера.

Эта проблема в значительной степени обусловлена тем, что в предшествующие три года как на федеральном уровне, так и в субъектах РФ, не проводилась индексация фондов оплаты труда государственных учреждений. Более того, не запланирована индексация также в 2017 году и в последующие 2018-2019 годы.

Регионы России сообщают о нерешенной проблеме дефицита врачей. Иногда смерти пациентов увязывают с кадровым голодом здравоохранения. Ситуация усугубляется низкими зарплатами. В настоящее время, существует колоссальный разрыв в оплате труда одних и тех же специалистов: По данным Росстата размер среднемесячной заработной платы на 1 работника в здравоохранении по России за 6 месяцев 2017 года составил 32 046,4 рубля (*по полному кругу организаций*) - это на 3,4% выше показателя за 2016 год (30 991,5 руб.). В разрезе регионов отмечается снижение уровня оплаты труда в 7 регионах: Ростовской области на 0,7%; республике Татарстан на 1,3%; Приморском крае на 2,1%; Калужской области на 2,1%; Новосибирской области на 3%; республике Северная Осетия-Алания на 3,3%; Томской области на 3,7%.

Если сопоставлять величину размера среднемесячной заработной платы по регионам за первое полугодие 2017 года, то уровень её колебаний составляет от 18 775,8 рублей (республика Калмыкия) до 71 399,9 рублей (г. Москва).

Если сопоставлять величину размера средней заработной платы врачей по регионам за указанный период, то уровень её колебаний составляет от 28 366,6 руб. (республика Северная Осетия Алания) до 97 667,5 руб. (Камчатский край, с учетом региональных выплат).

Вакансии, предлагающие медикам работать за зарплату на уровне МРОТ (минимальный размер оплаты труда) или чуть выше, ставят под сомнение исчезновение кадрового голода в России.

Из чего же складывается оплата труда врача и сколько он может заработать.

Зарплата медработника складывается из нескольких параметров:

- 1) должностной оклад;
- 2) компенсационные выплаты:
 - а) носят постоянный характер – это работа во вредных условиях труда, выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями, работа в ночное время;
 - б) из месяца в месяц могут меняться – это выплаты за совмещение должностей, расширение зон обслуживания, увеличение объема работ, сверхурочная работа.
- 3) стимулирующие выплаты:
 - а) носят постоянный характер – это надбавки за выслугу лет, ученую степень, ученое и почетное звание, выплата молодым специалистам;

б) из месяца в месяц могут меняться – это премиальные выплаты по итогам работы, за интенсивность труда и высокие результаты работы, за выполнение особо важных и сложных работ.

Размер этих выплат зависит от объема финансовых средств, которое учреждение ежемесячно получает от страховых медицинских организаций по выставленным счетам за оказанную медицинскую помощь и средств областного бюджета, выделяемых на выполнение государственного задания.

В зарплату включаются все подработки, совмещения, совместительство работника, премиальные выплаты. Если работнику, проживающему и работающему на селе, установлены меры социальной поддержки, то и они включаются в размер начисленной заработной платы.

Размер начисленной заработной платы из месяца в месяц может изменяться в зависимости от отработанных часов и установленных премиальных выплат.

Размер заработной платы работника должен зависеть от его личного вклада в деятельность всей медицинской организации.

«Уравниловки» здесь не может быть и увеличение уровня заработной платы каждого конкретного работника должно обеспечиваться за счет качества и результативности его труда.

В этих целях руководители медицинских организаций заключают с сотрудниками эффективный контракт. Это трудовой договор, в котором конкретизированы должностные обязанности работника, условия оплаты его труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных услуг, а также меры социальной поддержки.

Для учреждений здравоохранения приказом Минздравсоцразвития России установлены четыре профессиональные квалификационные группы должностей работников отрасли:

1. первая - "Медицинский и фармацевтический персонал первого уровня";
2. вторая — "Средний медицинский и фармацевтический персонал";
3. третья — "Врачи и провизоры";
4. четвертая — "Руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием (врач-специалист, провизор)".

Третья квалификационная группа "Врачи и провизоры" состоит из четырех уровней:

1. к первому уровню относятся врачи-стажеры.
2. второй уровень формируют должности специалистов всех направлений.
3. третий уровень – врачи-специалисты стационарных подразделений лечебно-профилактических учреждений, станций (отделений) скорой медицинской помощи и учреждений медико-социальной экспертизы; врачи-терапевты участковые; врачи-педиатры участковые; врачи общей практики (семейные врачи).
4. четвертый уровень состоит из должностей врачей-специалистов хирургического профиля, оперирующих в стационарах лечебно-профилактических учреждений; старших врачей.

В целях сохранения кадрового потенциала медицинских работников, повышения престижности и привлекательности работы в медицинских организациях принято Постановление Администрации Волгоградской области от 28.10.2015 № 648-п "Об оплате труда работников медицинских организаций, подведомственных комитету здравоохранения Волгоградской области", которое дополнено Приказом комитета по здравоохранению Волгоградской области № 1779 от 05.07.17г.

В этом приказе уже с 2017 года установлены следующие оклады для третьей квалификационной группы «Врачи и провизоры»

1 квалификационный уровень - 12 000

- 2 квалификационный уровень - 12 500
- 3 квалификационный уровень - 13 000
- 4 квалификационный уровень - 13 500.

Приведем пример расчета заработной платы врача-хирурга, работающего в ЛПУ федерального подчинения на территории г. Волгограда, имеющего первую квалификационную категорию и выполнившего нагрузку в объеме 1,0 ставки. Стаж его работы составляет 6 лет. К примеру, величина базового оклада и повышающего коэффициента в ЛПУ, где он работает, соответствует рекомендуемой для федеральных учреждений здравоохранения, составляя 12 000 руб. и 1,05 соответственно. В данном ЛПУ выплата компенсационного характера за вредные условия труда для занимаемой должности составляет 15%, выплата за стаж непрерывной работы – 30% при выслуге 5 и более лет. Врач также в полном объеме получает выплату стимулирующего характера за интенсивность и высокие результаты работы в размере 80% от базового оклада. Расчет заработной платы:

1. Необходимо определить величину доплаты за уровень, которая в данном примере составит: $12\ 000\ \text{руб.} \times 1,05 = 12\ 600\ \text{руб.}$ На каждом этапе расчетов полученная сумма округляется до целых копеек.

2. Выплата компенсационного характера за вредные условия труда: $12\ 000\ \text{руб.} \times 15\% = 1\ 800\ \text{руб.}$

3. Выплата за стаж непрерывной работы, относимая в условиях новой системы оплаты труда к выплатам стимулирующего характера: $12\ 000\ \text{руб.} \times 30\% = 3\ 600\ \text{руб.}$

4. Заработная плата без учета поясного, районного коэффициентов и стимулирующей выплаты: $12\ 000\ \text{руб.} + 12\ 600\ \text{руб.} + 1\ 800\ \text{руб.} + 3\ 600\ \text{руб.} = 30\ 000\ \text{руб.}$

5. В том случае, если врачом выполнены критерии, применяемые для материального стимулирования, дополнительно к гарантированной составляющей заработной платы он получает стимулирующую выплату за интенсивность и высокие результаты работы: $12\ 000\ \text{руб.} \times 80\% = 9\ 600\ \text{руб.}$

6. Заработная плата врача в целом за данный месяц: $30\ 000\ \text{руб.} + 9\ 600\ \text{руб.} = 39\ 600\ \text{руб.}$

7. Чтобы узнать, сколько врач получит на руки (сальдо), требуется из этой суммы вычесть налог на доходы физических лиц (НДФЛ) – 13%: $\text{НДФЛ} = 39\ 600\ \text{руб.} \times 13\% = 5\ 148\ \text{руб.}$ Зарплата после вычета НДФЛ = $39\ 600\ \text{руб.} - 5\ 148\ \text{руб.} = 34\ 452\ \text{руб.}$

Кроме того, с фонда оплаты труда необходимо будет заплатить взносы на социальные нужды: в Пенсионный фонд 20% от ФОТ, в Фонд социального страхования 2,9% от ФОТ, в Фонд медицинского страхования 5.1% от ФОТ.

Таким образом, организационная технология внедрения новой системы оплаты труда, почти вдвое увеличив в структуре заработной платы удельный вес выплат стимулирующего характера, дает возможность создать комплексную многоуровневую систему материального стимулирования, обеспечивающую учет различных сторон деятельности врачей, среднего и младшего медицинского персонала и создающую дифференциацию в уровнях оплаты их труда в зависимости от его напряженности и качества оказываемой медицинской помощи.

Список литературы

1. Колосницына М.Г. Новая система оплаты труда медицинских работников в российских регионах. - В кн.: Труды XI Международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. 6-8 апреля 2010г. Москва. Москва: ИД ВШЭ, 2011. - Т. 2. С. 11—20

2. Колосницына М.Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении // Мотивация и оплата труда. - 2010. - № 3. - С. 170—178

3. Колосницына М.Г., Владимирская Е.Н. Реформирование оплаты труда в государственном секторе (на примере медицинских учреждений трех российских регионов) // Вопросы статистики. - 2010. - № 11. - С. 38—46

4. Единые рекомендации по системам оплаты труда работников организаций, финансируемых из федерального, региональных и местных бюджетов на 2012 год.

5. Региональное соглашение о минимальной заработной плате №С-272/15 от 05.07.2016г.

УДК 614.2

ПУТИ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Шукиенцева Татьяна Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Кукина Елена Николаевна*

Во многих странах мира в последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов, страдающих различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, в т.ч. находящихся в терминальной стадии их развития.

В оказании паллиативной медицинской помощи (ПМП) в первую очередь нуждаются:

- инкурабельные онкологические больные;
- пациенты, перенесшие инсульт;
- больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует паллиативную помощь как "... активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем" [4].

Паллиативная помощь инкурабельным пациентам направлена не только на уменьшение страданий, но и на оказание адекватной психологической помощи и социальной поддержки.

Одним из основных симптомов при тяжёлых заболеваниях является боль. Так, при СПИДе от боли страдает 63-80% пациентов, при ЗНО (злокачественные новообразования)– 35-95%; при ХПН (хроническая почечная недостаточность) – 47-50%; при ХСН (хроническая сердечная недостаточность) – 41-77%; при ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь лёгких) – 35-77% [1].

Паллиативная помощь не только облегчает боль, но и направлена на снятие других симптомов (дыхательная недостаточность, которая часто проявляется при ХОБЛ в 90-95%).

ПМП должна оказываться в плановом порядке преимущественно по месту жительства граждан в следующих условиях:

- а) амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника кабинета паллиативной помощи или выездной патронажной бригады паллиативной помощи);
- б) стационарно: отделение (центр) паллиативной помощи.

Каждый пациент, согласно статье 19 федерального закона N-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в России имеет право на: «облегчение боли, связанной с заболеванием или (и) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами».

Каждый гражданин РФ имеет право на получение паллиативной медицинской помощи бесплатно и без полиса ОМС [4].

Согласно рекомендациям ВОЗ, в РФ должно быть от 9000 до 14000 коек паллиативной медицинской помощи. По данным Министерства здравоохранения РФ в 2016 году действовало 16754 коек сестринского ухода и 10940 паллиативных коек.

В России паллиативная помощь не выделяется как самостоятельная специальность. Из-за этого в РФ существуют проблемы с точной регистрацией больных с хроническими формами прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития. В 1991 г. Министерство здравоохранения создало Центр паллиативной медицинской помощи онкологическим больным пациентам. Также принимаются меры по оказанию паллиативной помощи в больницах сестринского ухода. Существенная проблема хосписов состоит в отсутствии специализированных диагностических лабораторий и дорогостоящей аппаратуры [2].

В распоряжении Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2551-р было указано на низкую обеспеченность койками паллиативной помощи и низкое качество жизни пациентов. Основной проблемой была выделена слабая обеспеченность квалифицированными кадрами.

Пути развития паллиативной медицинской помощи отражены в Подпрограмме 6 «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям» Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения, включающей в себя:

- обеспечение койками для оказания паллиативной помощи взрослым (коек/100 тыс. взрослого населения). Планируется рост с 4,4 в 2016 году до 10 в 2020 году);
- обеспечение койками для оказания паллиативной помощи детям (коек/100 тыс. детского населения). Планируется рост с 1,76 в 2016 году до 2,08 в 2020 году.
- обеспечение врачами, оказывающими паллиативную медицинскую помощь в количестве 0,016 на 10 тыс. населения [3].

Согласно паспорту государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» бюджетные ассигнования Подпрограммы 6 из средств федерального бюджета (по предварительной оценке) составляют 280000 тыс. рублей с 2017 по 2020 год (по 70 000 тыс. руб. ежегодно).

По увеличению объёмов финансирования государственной программы и известным результатам можно сказать, что подпрограмма 6 «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям» опережает установленный график развития, что даёт перспективные прогнозы на дальнейшее развитие и реализацию установленного плана.

Список литературы

1. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Самойленко В.В., Ефимов М.А. Паллиативная помощь в Российской Федерации: современное состояние и перспективы развития // Практическая медицина – 2009 - № 4(36) – с. 5-9.
2. Постановление Правительства России от 19.31.2015 г. №1382 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».
3. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

УДК 65.012.7

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Шулико Дмитрий Игоревич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В последние годы в России, так же как и в развитых странах, все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и о синдроме профессионального сгорания или выгорания работников (далее будет применяться термин «профессиональное выгорание» или СПВ). Практический интерес к синдрому профессионального выгорания обусловлен тем, что этот синдром - непосредственное проявление все возрастающих проблем, связанных с самочувствием работников, эффективностью их труда и стабильностью деловой жизни организации. Обеспокоенность работодателей и управленцев выгоранием сотрудников объясняется тем, что оно начинается незаметно, а его последствия в виде «упущенной прибыли» очень дорого обходятся организации. Согласно данным Американского института стресса, «цена» стресса на работе и выгорания выражается в текучести кадров, абсентеизме, низкой продуктивности и возрастающих компенсациях на обеспечение здоровья[1]. Синдром выгорания как следствие рабочих стрессов уже более 30 лет широко исследуется в зарубежной психологии.

За рубежом достаточно хорошо изучены признаки и причины синдрома профессионального «выгорания», разработан инструментарий предупреждения, выявления и борьбы с этим явлением. В отечественной же науке интерес к нему возник сравнительно недавно, в связи с чем данная проблематика не получила пока еще должного рассмотрения. В нашей стране по данным исследований «лишь 4 % опрошенных специалистов постоянно проводят мониторинг состояния сотрудников. Большинство же, а именно 62 %, «не делают это специально, но во время других мероприятий обращают внимание» на проявление опасных симптомов. Ничего не знают о синдроме 5%. Остальные не считают необходимым выявлять депрессивных сотрудников в силу разных причин, и, в первую очередь, в силу незначительности вопроса в контексте решаемых их подразделением задач»[2].

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Эмоции, как правило, амбивалентны: удовлетворение по поводу успешно проведенного лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильного диагноза или ошибки в лечении, зависть к преуспевающим коллегам, разочарование в профессии и т.п.

Установлено, что одним из факторов синдрома «выгорания» является продолжительность стрессовой ситуации, ее хронический характер. На развитие хронического стресса у представителей коммуникативных профессий влияют:

- ограничение свободы действий и использования имеющегося потенциала;
- монотонность работы;
- высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы;
- неудовлетворенность социальным статусом.

По данным английских исследователей, у медицинских работников нетрудоспособность почти в половине случаев связана со стрессом. Среди обследованных в этой стране врачей общей практики высокий уровень тревоги был выявлен в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия - в 26% случаев. Треть врачей принимала медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышало средний уровень. В исследовании, проведенном в нашей стране, у 26% терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37% - субклиническая депрессия. Признаки профессионального выгорания выявляются у 61,8% стоматологов, причем у 8,1% - синдром в фазе «истощения». Существуют определенные группы врачей, которые подвержены дополнительным стрессогенным воздействиям, в частности, врачи-женщины, врачи, практикующие в отдаленных и малодоступных районах. Неудивительно, что только 26% женщин-врачей удовлетворены своей работой по сравнению с 44% их коллег-мужчин. У многих врачей нет никого, кроме супруги или

супруга, с кем можно было бы поговорить о чем-нибудь личном. При этом они рискуют испортить личные взаимоотношения, внося профессиональные вопросы в дом и будучи не в состоянии выполнять другие обязанности. По материалам западных периодических изданий, число разводов в семьях врачей на 10-20% выше, чем в общей популяции. Браки, в которых муж и жена - медицинские работники, чаще бывают несчастливыми. В настоящее время существует много исследований, документально подтверждающих широко распространенную неудовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры [3].

Одно из первых мест по риску возникновения СПВ занимает профессия медицинской сестры. Ее рабочий день - это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания. Сталкиваясь с негативными эмоциями, медсестра невольно и непроизвольно вовлекается в них, в силу чего начинает и сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение. Среди медицинских сестер психиатрических отделений признаки профессионального выгорания обнаруживаются у 62,9% опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине синдрома у 55,9%; выраженная фаза «истощения» определяется у 8,8% респондентов в возрасте 51-60 лет и со стажем работы в психиатрии более 10 лет.

При обследовании медицинских работников психиатрических отделений установлено, что профессиональное выгорание проявляется у них неадекватным реагированием на пациентов и своих коллег, отсутствием эмоциональной вовлеченности, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к редукции профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь. Подвержены формированию профессионального выгорания, прежде всего те, кто осуществляет уход за тяжелыми больными с онкологическими заболеваниями, ВИЧ/СПИДом, в ожоговых и реанимационных отделениях. Сотрудники «тяжелых» отделений постоянно испытывают состояние хронического стресса в связи с негативными психическими переживаниями, интенсивными межличностными взаимодействиями, напряженностью и сложностью труда и пр. А в результате постепенно формирующегося профессионального выгорания возникают психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам.

Учет указанных данных свидетельствует о необходимости выработки на основе современных знаний о синдроме профессионального выгорания у медицинских работников новых управленческих подходов к предупреждению синдрома СПВ на ранних стадиях с целью его последующей коррекции для сохранения здоровья медицинского персонала и продления его профессионального долголетия.

Список литературы

1. Коновалов В. Организационные симптомы и факторы профессионального выгорания // Кадровик. Кадровый менеджмент. 2010. № 5. С. 52 – 53.
2. Шавандина, А. Профессиональное «выгорание» сотрудников. Мнение кадрового сообщества // Режим доступа: <http://www.jobsmarket.ru>
3. Соболева, С.Ю. Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С.Ю. Соболева, Обьедкова Л.В. // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. С.165-169. – ISSN 1998-992X.

УДК 65.012.7

СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОЦЕНКЕ, МОНИТОРИНГУ И ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Шулико Дмитрий Игорьевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Соболева Светлана Юльевна*

В последние годы в России, так же как и в развитых странах, все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и о синдроме профессионального сгорания или выгорания работников (далее будет применяться термин «профессиональное выгорание»). Практический интерес к синдрому профессионального выгорания обусловлен тем, что этот синдром - непосредственное проявление все возрастающих проблем, связанных с самочувствием работников, эффективностью их труда и стабильностью деловой жизни организации. Обеспокоенность работодателей и управленцев выгоранием сотрудников объясняется тем, что оно начинается незаметно, а его последствия в виде «упущенной прибыли» очень дорого обходятся организации. Согласно данным Американского института стресса, «цена» стресса на работе и выгорания выражается в текучести кадров, абсентеизме, низкой продуктивности и возрастающих компенсациях на обеспечение здоровья. Синдром выгорания как следствие рабочих стрессов уже более 30 лет широко исследуется в зарубежной психологии. За рубежом достаточно хорошо изучены признаки и причины синдрома профессионального «выгорания», разработан инструментальный предупреждения, выявления и борьбы с этим явлением. В отечественной же науке интерес к нему возник сравнительно недавно, в связи с чем данная проблематика не получила пока еще должного рассмотрения. В нашей стране по данным исследований «лишь 4 % опрошенных специалистов постоянно проводят мониторинг состояния сотрудников. Большинство же, а именно 62 %, «не делают это специально, но во время других мероприятий обращают внимание» на проявление опасных симптомов. Ничего не знают о синдроме 5 %. Остальные не считают необходимым выявлять депрессивных сотрудников в силу разных причин, и, в первую очередь, в силу незначительности вопроса в контексте решаемых их подразделением задач».

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Эмоции, как правило, амбивалентны: удовлетворение по поводу успешно проведенного лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильного диагноза или ошибки в лечении, зависть к преуспевающим коллегам, разочарование в профессии и т. п.

Установлено, что одним из факторов синдрома «выгорания» является продолжительность стрессовой ситуации, ее хронический характер. На развитие хронического стресса у представителей коммуникативных профессий влияют:

- ограничение свободы действий и использования имеющегося потенциала;
- монотонность работы;
- высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы;
- неудовлетворенность социальным статусом.

По данным английских исследователей, у медицинских работников нетрудоспособность почти в половине случаев связана со стрессом. Среди обследованных в этой стране врачей общей практики высокий уровень тревоги был выявлен в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия - в 26% случаев. Треть врачей принимала медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышало средний уровень. В исследовании, проведенном в нашей стране, у 26% терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37% - субклиническая депрессия. Признаки профессионального выгорания выявляются у 61,8% стоматологов, причем у 8,1% - синдром в фазе «истощения». Существуют определенные группы врачей, которые подвержены дополнительным стрессогенным воздействиям, в

частности, врачи-женщины, врачи, практикующие в отдаленных и малодоступных районах. Неудивительно, что только 26% женщин-врачей удовлетворены своей работой по сравнению с 44% их коллег-мужчин. У многих врачей нет никого, кроме супруги или супруга, с кем можно было бы поговорить о чем-нибудь личном. При этом они рискуют испортить личные взаимоотношения, внося профессиональные вопросы в дом и будучи не в состоянии выполнять другие обязанности. По материалам западных периодических изданий, число разводов в семьях врачей на 10-20% выше, чем в общей популяции. Браки, в которых муж и жена - медицинские работники, чаще бывают несчастливими. В настоящее время существует много исследований, документально подтверждающих широко распространенную не удовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры. Повышенные нагрузки в деятельности, продолжительность рабочего дня, сверхурочная работа стимулируют развитие выгорания. Перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень выгорания, но этот эффект носит временный характер: уровень выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели. Врачи и медсестры испытывают более сильное выгорание по сравнению с обслуживающим персоналом больниц, при чем выше уровень наблюдается у медицинского персонала онкологических отделений. Сравнительный анализ персонала, работающего за пределами больниц (например: врачи, занимающиеся частной практикой) с психически больными людьми и в больницах, показывает, что первая группа работников наиболее подвержена выгоранию.

Одно из первых мест по риску возникновения СПВ занимает профессия медицинской сестры. Ее рабочий день - это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания. Сталкиваясь с негативными эмоциями, медсестра невольно и непроизвольно вовлекается в них, в силу чего начинает и сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение. Более всего риску возникновения профессионального выгорания подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. Настоящий медик в их представлении - это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью. Выделяют три типа медицинских работников, которым угрожает СПВ: 1-й - «педантичный», характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолюте, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе); 2-й - «демонстративный», стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы; 3-й - «эмотивный», состоящий из впечатлительных и чувствительных людей. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением. Среди медицинских сестер психиатрических отделений признаки профессионального выгорания обнаруживаются у 62,9% опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине синдрома у 55,9%; выраженная фаза «истощения» определяется у 8,8% респондентов в возрасте 51-60 лет и со стажем работы в психиатрии более 10 лет. При обследовании медицинских работников психиатрических отделений установлено, что профессиональное выгорание проявляется у них неадекватным реагированием на пациентов и своих коллег, отсутствием эмоциональной вовлеченности, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к редукации профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь. Подвержены формированию профессионального выгорания, прежде всего те, кто осуществляет уход за тяжелыми больными с онкологическими заболеваниями, ВИЧ/СПИДом, в ожоговых и реанимационных отделениях. Сотрудники «тяжелых» отделений постоянно испытывают состояние хронического стресса в связи с негативными психическими переживаниями, интенсивными межличностными взаимодействиями,

напряженностью и сложностью труда и пр. А в результате постепенно формирующегося профессионального выгорания возникают психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам. Учет указанных данных свидетельствует о необходимости выработки на основе современных знаний о синдроме профессионального выгорания у медицинских работников новых управленческих подходов к предупреждению синдрома СПВ на ранних стадиях с целью его последующей коррекции для сохранения здоровья медицинского персонала и продления его профессионального долголетия.

Список литературы

1. Акиндинова И.А., Баканова А.А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявления и профилактика /И.А. Акиндинова, А.А. Баканова //Педагогические вести. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. – № 5. – С. 34.
2. Бойко, В.В. Правила эмоционального поведения: Методическое пособие / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1997. – 172 с.
3. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. - М.: Наука, 1996. – 472 с.
4. Водопьянова, Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях /Н. Е. Водопьянова // Психология здоровья/Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. – С. 443 – 463.
5. Водопьянова, Н.Е., Старченкова, Е.С. Синдром выгорания / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
6. Евдокимов, В.И., Ролдугин, Г.Н., Хмелинина Н.В. Что нужно знать медицинским работникам о профессиональном выгорании: метод. рекомендации / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин, Н.В. Хмелинина. – Нововоронеж, 2010. – 56 с.
7. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. - 2-е изд. – Спб: Питер, 2002. – 1024 с.
8. Коновалов, В. Организационные симптомы и факторы профессионального выгорания / В. Коновалов // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2010. - № 5. – С. 52 – 53.
9. Леонова, А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2001. - № 11.- С. 2 - 16.

УДК 65.012.7

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Юкина Виктория Игоревна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор *Косинова Наталья Николаевна*

Управление организацией труда в медицинском учреждении осуществляется путем планирования совершенствования организации труда, которое является частью экономического планирования его деятельности, и строгого выполнения запланированных мероприятий. Планированию предшествует анализ уровня организации труда и выявление на его основе слабых звеньев, а также недостатков и проблем в организации [3].

В настоящее время в организации ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области» существует немаловажная и актуальная проблема нехватки отдела профилактической дезинфекции, и охватывает в целом всю область [5].

В Советском Союзе, Санитарно - Эпидемиологическая Служба, занималась качественными дезинфекционными и дезинсекционными мероприятиями. В период реорганизации здравоохранения в Волгоградской области дезинфекционный отдел был сокращён [1].

На сегодняшний день, известно, что такие членистоногие, как комары и клещи переносят ряд таких особоопасных инфекционных заболеваний, как малярия, лихорадка Западного Нила, желтая лихорадка, лихорадка Ку, туляремия, риккетсиозы и др. Такие болезни являются трансмиссивными, в Волгоградской области заболевают сотни человек. В эпидемиологический сезон (Апрель-октябрь) в Волгограде наблюдается огромное количество комаров (пик сезона – май, июнь), а также клещей (пик сезона - май - сентябрь), количество укушенных насекомыми с каждым годом увеличивается, и это представляет собой большую опасность для жителей Волгоградской области [4; 7].

Энтомологи Центра наблюдают за численностью комаров и клещей, а также контролируют дезинсекционные обработки мест размножения насекомых, но этого недостаточно для предотвращения большого количества насекомых в эпидемиологический сезон. Жители города, как правило, страдают [6].

Вероятнее всего, дезинсекционные мероприятия, проводятся недостаточно качественно из-за того, что существующая единственная дезинфекционная станция (на всю Волгоградскую область), является недостаточно финансируемой, чтобы закупать необходимое количество дезинфекционных средств, а также совершенствовать и обучать дезинфекторов - новой компетентности, необходимой для профессиональной деятельности [2]. Поэтому для решения этой актуальной проблемы необходимо организовать самостоятельный отдел профилактической дезинфекции в ФБУЗ «ЦГиЭ в Волгоградской области» [2].

Задачами отдела будут являться:

1. Проведение профилактической дезинфекции, дезинсекции, дератизации на объектах Волгоградской области и сторонним организациям на договорной основе;
2. Подготовка проектов договоров, соглашений и т.п. и заключение их с предприятиями, учреждениями и организациями различных форм собственности для осуществления профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации;
3. Проведение очаговой и профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также в лечебно-профилактические учреждения инфекционных больных;
4. Участие в государственном санитарном надзоре за организацией и выполнение противоэпидемических мероприятий;
5. Контроль за дезинфекционными мероприятиями в лечебно-профилактических и детских учреждениях, а также в эпидемических очагах особо опасных инфекций.
6. Контроль качества стерилизации предметов медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях [3].

Для того чтобы создать новый самостоятельный отдел в организации, руководству, необходимо предварительно проанализировать требуемую сумму и отправить запрос на выделение необходимых денежных средств, обоснованием чего, может, является профилактика, охрана и защита жизни и здоровья населения Волгоградской области [2].

Новый отдел должен состоять из 7-12 человек. В первую очередь, необходимо учитывать подготовку и переподготовку кадров с высшим и средним медицинским образованием по дезинфекционному делу и вопросам дезинфектологии. Должности медицинского персонала отделений профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации, возможно установить по следующим нормативам: заведующий отделением - врач-дезинфекционист – 1; инструктор-дезинфектор - 1 на 6 должностей дезинфекторов; дезинфекторы - в количестве должностей, исчисляемых по утвержденным нормам

выработки и в зависимости от объема выполняемых работ; лаборант со средним образованием - 1 на 10 дезинфекторов, но не более 2 должностей; санитарный работник – 1, должность на отделение при наличии не менее 10 дезинфекторов. Располагаться отдел должен в специально отведенном помещении, при этом учитывается необходимость соблюдения последовательности технологического процесса: санитарной обработки людей, обеззараживания вещей, транспорта и т. д. [5].

Профилактический отдел помимо оперативных мероприятий, может взять на себя ответственность по составлению производственно-финансовых планов по всем видам платных работ. План предположительно будет состоять из:

1. Расчета потребности в дезинфекционных средствах, аппаратуры;
2. Плановой калькуляции себестоимости профилактических дезинфекционных работ [3; 5].

Производственно-финансовый план может составляться бухгалтером под руководством заведующего дезинфекционным отделом. Оперативный объем, который необходим для составления этого плана, возможно рассчитать путем умножения физического объема работы на плановую кратность посещений объектов в течение всего года. Кратность устанавливается в зависимости от санитарно-эпидемиологического состояния объектов, степени их заселенности насекомыми [5].

Расценки на договорные виды работ должны устанавливаться из расчета физического объема работы, вне зависимости от оперативного плана. Физический объем работ определяется фактическими размерами зданий, в квадратных метрах путем сложения площадей, а при работе на окружающей территории - её размерами. На разовые работы, расценки могут быть установленными исходя из фактического размера подлежащей обработке площади за каждую отдельную обработку [3; 4].

Подводя итоги, можно отметить, что совершенствование организации труда в учреждениях здравоохранения предполагает последовательное проведение системы организационных мероприятий, среди которых, важное значение, имеет перспективное и текущее планирование работы. Тщательно спланированное руководством мероприятие, а также строгое его выполнение, может способствовать решению актуальной проблемы нехватки отдела профилактической дезинфекции в Волгоградской области [3].

Список литературы

1. История становления санитарно-эпидемиологической службы Волгоградской области от 29.06.2017 г. [электронный ресурс] – URL: <http://34.rospotrebnadzor.ru/content/181/8105/>
2. Медицинский менеджмент. 2011. [электронный ресурс] – URL: <http://handbooks.ru>
3. Шипова В. М. Нормирование труда как система поддержки кадровых решений в учреждениях здравоохранения / Справочник кадровика. 2009. - № 4. 223-226 с.
4. Рофе А.И. Экономика труда: учебник. М.: КНОРУС, 2010. - 400 с.
5. Правила по охране труда работников дезинфекционного дела и по содержанию дезинфекционных станций, дезинфекционных отделов, отделений профилактической дезинфекции санитарно-эпидемиологических станций. [электронный ресурс] – URL: http://9901212.ru/pravila_po_ohrane_truda_rabotnikov_
6. Что надо знать о малярии. 2016. URL: <http://fguz-volgograd.ru/aktualnyemy/1409-chto-nado-znat-o-maliarii>
7. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передающимся клещами, в Волгоградской области на 05.09.2017г. URL: <http://34.rospotrebnadzor.ru/content/187/8222/>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Юкина Виктория Игоревна

Россия, Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент *Водопьянова Наталья Александровна*

Для успешной реализации развития здравоохранения, необходимо рассматривать вопросы эффективного развития медицинского персонала. В настоящее время, современная медицина и внедрение высоких технологий в практику здравоохранения, вносят формирование условий для непрерывного профессионального развития специалистов. Вопросы непрерывного медицинского образования в России сейчас особо актуальны. Процесс перехода на новую систему аккредитации не имеет четкости и ясности, и именно потому вызывает массу вопросов и размышлений [1].

Традиционная система обучения сотрудников - один раз в пять лет, по мнению экспертов, в настоящее время - неэффективна. За этот срок появляется большое количество новой информации, и врач зачастую о ней ничего не знает. В большинстве случаев, традиционное обучение проходит формально, без какой-либо заинтересованности в качественном получении новых знаний и умений, как со стороны сотрудника, так и со стороны работодателя. Нередко наблюдалось получение сертификатов и по коррупционным схемам. Именно на основании вышеперечисленных причин, по инициативе Минздрава, Национальной медицинской палаты и профессиональных медицинских обществ, создали новую систему непрерывного медицинского образования [3].

Система непрерывного медицинского образования – это новая форма повышения квалификации медицинских работников, целью которой является повышение качества медицинской помощи, совершенствование и получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, а также повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации [2].

Новая система непрерывного образования позволяет, работникам, получившим сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста после 1 января 2016 года, проходить обучение только в рамках системы непрерывного медицинского образования, что в свою очередь несёт определенную ответственность за достоверность сертификатов и отсутствие коррупционных схем. Обучение работника в рамках системы непрерывного образования позволяет непрерывно использовать инновационные технологии, а также дает возможность выстроить персональную траекторию обучения специалистов, в течение 5 лет, завершающееся прохождением процедуры аккредитации [4].

Накопительная система повышения квалификации позволяет работнику здравоохранения составлять индивидуальный образовательный маршрут, т.е. самостоятельно выбирать содержание, сроки, режим обучения с учетом своих профессиональных потребностей, потребностей учреждения здравоохранения, в котором он работает и уровня его квалификации. В качестве форм повышения квалификации (в дополнении к традиционным), в непрерывном обучении, добавляются дистанционные технологии, в том числе и телеобучение [6].

На первый взгляд, новая система повышения квалификации сотрудников, кажется беспроблемной, перспективной, экономичной и энергозатратной с точки зрения дистанционных технологий. Однако есть основания полагать, что существуют некоторые трудности.

Во-первых, по мнению общероссийского народного фронта, один из факторов, указывающий на незрелость новой системы - отсутствие типового порядка отбора экзаменаторов, чтобы оценка квалификаций не вызывала сомнений у профессионального

сообщества. Во время процедуры первичной аккредитации учебное заведение, которое выпускает студента, скорее всего не будет иметь доступ к месту проведения экзаменов — тестирование будет проходить только в присутствии аккредитационной комиссии. И здесь возникают некоторые трудности. Оплата этого вида деятельности категорически запрещена, аккредитационная комиссия должна работать бесплатно. Очевидно, как только работодатели и общественные организации узнают, что их работа не будет оплачена, возникают проблемы. Здесь же возникает ещё один немаловажный вопрос по оплате образования персонала. Согласно программе, аккредитация врачей должна проходить за счет средств ОМС, однако современная система страхования к этому не готова. Средства ФОМС, выделяемые на образование, входят в ту же расходную часть, что и средства на ремонт, закупку оборудования и т.д. В первую очередь руководство больниц и клиник покрывает затраты именно на закупку оборудования и приобретение лекарственных средств. В итоге на образование медперсонала, практически не останется средств, хотя для руководства клиники, должно быть очевидно, что качество медицинской помощи полностью зависит от качества полученных медработником знаний и умений, и не может быть выше, чем уровень образования врача. В некоторых городах члены комиссии отказались участвовать в аккредитации учащихся, после чего процесс был остановлен до формирования нового состава комиссии [4].

Во-вторых, интересен вопрос и о том, по каким критериям будут отбирать состав комиссии? Все ли преподаватели будут задействованы? Вероятно, у преподавателей Вузов возникнут опасения о том, что они могут просто не справиться с большим потоком учащихся, которое будет пребывать к ним по программе непрерывного образования.

В-третьих, важно отметить, что у многих врачей имеется несколько специальностей. Прежде всего, специалист должен зарегистрироваться на портале непрерывного образования и указать только три специальности, которыми обладает медицинский работник в рамках своего профиля. И здесь возникают вопросы, как быть специалисту, имеющему более трёх специальностей? Возможно, в ближайшем будущем по мере усовершенствования системы, введут запрет на владение более трёх специальностей, ведь большой объем информации, участие в конференциях и других подобных научных мероприятиях, скорее всего, будет вызывать некоторые трудности в плане освоения образовательных программ, а также в финансовой сфере [5].

В-четвертых, очевидно вопросы возникают не только у врачей, но и у студентов, которые поступали на другие стандарты системы образования, отработанные в течение десятилетий, в то время как новая система предполагает, если человек решил связать свою жизнь с медициной, то он обязан учиться непрерывно на протяжении всей жизни. Ведь в настоящее время студенты должны выпускаться без прохождения интернатуры с «мифической» должностью «врач терапевт участковый» или «врач педиатр участковый» это, разумеется, резко ограничивает их функциональные возможности. Следовательно, и практическое здравоохранение тоже испытывает неуверенность в новых кадрах, т.к. выпускники приходят без опыта интернатуры, но приступают к выполнению полноценных функций лечащего врача [2;4].

Подводя итоги, можно отметить, что переход на новую систему непрерывного образования в России, довольно серьезный и перспективный шаг в здравоохранении, который мог бы помочь повысить качество медицинской помощи, совершенствовать и обрести более компетентных специалистов, а также повысить профессиональный уровень в рамках имеющейся квалификации. Но для того, чтобы достигнуть поставленной цели, возможно, потребуется несколько лет для устранения недочетов, вопросов и решения проблем новой системы непрерывного образования. Но если всё же ближайшее время проблемы не будут устранены, реализация системы непрерывного медицинского образования и аккредитации врачей может оказаться под вопросом. [6].

Работодателю важно знать, что подготовленный специалист - это гарантия качества медицинской помощи в учреждении, а для этого врачу необходимо создать условия для

повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации и компетенции [1].

Список литературы

1. Аширов Д. А. Управление персоналом: учеб.пособие / Д.А. Аширов. - М.: ТК Велби, Проспект, 2008. - 432с.
2. Современные тенденции в управлении персоналом/А.В. Дейнека, Б.М. Жуков.- М.: Издательство "Академия Естествознания", 2009. - 85 с.
3. Непрерывное профессиональное развитие - основа качества медицинской помощи [Текст]: материалы конф./ Минздравсоцразвития СО, СамГМУ, СОАВ. - Самара: Медфорум, 2009. - 54 с.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации/ Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. 2016. URL: <http://edu.rosminzdrav.ru/specialistam/obshchaja-informacija/>
5. Информационно-правовой портал//Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ "Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях". - Минздрав России, 29.01.2016 г. URL:<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56559946/>
6. Национальная медицинская палата// Новая система повышения квалификации – новая роль профессиональных обществ. 2016. URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=16074>