

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет социальной работы и клинической психологии
Кафедра экономики и менеджмента
Научное общество молодых ученых и студентов
Ассоциация клинических фармакологов



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
III (I Национальной) 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
8-9 ноября 2018г.

УДК 33
ББК 65+5

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;

председатель научного общества молодых ученых и студентов ВолгГМУ

С.А. Саргсян.

Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» («Management in the Healthcare: Challenges and Risks in the 21st century»). – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – 332 с.

ISBN 978-5-9652-0576-9

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**

ISBN 978-5-9652-0576-9

©Волгоградский государственный
медицинский университет, 2019
©Издательство ВолгГМУ, 2019

Содержание

1. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

СОЦИАЛИЗАЦИЯ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ В РОССИИ: ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ И ИНСТРУМЕНТЫ РАЗВИТИЯ Шаховская Лариса Семеновна	13
РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА В РОССИИ С ПОЗИЦИИ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ Забазнова Юлия Александровна	16
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Лаврова Инна Сергеевна	20
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА В РОССИИ Артемова Анастасия Евгеньевна	22
ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОЛИСУ ОМС В ПЛАТНЫХ КЛИНИКАХ Полякова Мария Александровна	25
ФАКТОРЫ СПРОСА НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ Мантуленко Анна Евгеньевна	26
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ Циколенко Яна Александровна	28
ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Семенов Максим Алексеевич	30
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Рябова Екатерина Владимировна	32
ПРИЧИНЫ ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ БУДУЩИХ СТУДЕНТОВ- МЕНЕДЖЕРОВ Ситникова Дарья Сергеевна	35
ДОРОГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИХ ДЕШЕВЫЕ АНАЛОГИ Агаркова Дарья Алексеевна	37
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФИНАНСОВОЙ ГРАМОТНОСТИ СТУДЕНТОВ Бятец Дарья Юрьевна, Алтунина Ксения Юрьевна	39
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Есина Валентина Витальевна	40
2. РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ	
РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ Фингер Дмитрий Торстенович	44
ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ Виктория Подуруева-Милоевич	45
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ Калашникова Дарья Алексеевна	47
ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА Павлов Даниил Олегович	49

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ КАК ВАЖНЕЙШИЙ РЕСУРС ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Киселёва Ирина Николаевна, Алексеева Наталья Викторовна	51
РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Лавлинсков Сергей Алексеевич	53
ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Хорошунова Кристина Андреевна	55
3. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Аликова Полина Петровна, Глебов Степан Дмитриевич	58
ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Глебов Степан Дмитриевич, Аликова Полина Петровна	60
ПРОБЛЕМА НЕЛЕГАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ Харченко Иван Андреевич	62
ФИНАНСИРОВАНИЕ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Петрова Татьяна Олеговна	63
РАЗЛИЧИЯ ПОДОХОДНОГО НАЛОГА В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ МИРА Фролова Ирина Алексеевна	65
СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Киселёва Ирина Николаевна, Филимонова Елена Владиславовна	66
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И НЕДОСТАТКИ Фролова Ирина Алексеевна	68
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (ЮФО) Давыдова Анна Павловна	70
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЕРМАНИИ Каныгина Олеся Александровна	72
ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США Демидова Алёна Александровна	75
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Зейналлы Рафаэль Риза Оглы	77
ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧА В РОССИИ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ СТОЛЕТИЕ Демидова Алёна Александровна, Фролова Ирина Алексеевна	78
ПОКАЗАТЕЛЬ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ–СВЯЗЬ С УРОВНЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна, Емельянова Ольга Сергеевна	80
РЕАЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОЕКТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ Захарова Наталья Дмитриевна, Езангина Ирина Александровна	82
ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДОПУСКА К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ У СОВЕРШЕНОЛЕТНИХ Глинская Алена Викторовна	85

4. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В XIX ВЕКЕ	87
Чернышева Ирина Валерьевна, Белова Любовь Ивановна	
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	89
Зотова Валерия Сергеевна	
ВОЛШЕБНАЯ СИЛА МАРКЕТИНГА. КАК РЕКЛАМА ДЕЛАЕТ ПРОДУКТЫ “ПОЛЕЗНЕЕ”	91
Губарева Анастасия Игоревна, Мельник Елена Валерьевна	
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «РОССИЯ: БОГАТАЯ ИЛИ БЕДНАЯ СТРАНА?»	92
Долгова Валерия Андреевна, Семикин Иван Дмитриевич, Федотов Павел Геннадьевич	
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	94
Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна, Емельянова Ольга Сергеевна, Симаков Станислав Владимирович, Замятова Виктория Денисовна	
РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ» НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	96
Шкарин Владимир Вячеславович, Рогова Алевтина Сергеевна, Багметов Николай Петрович, Ивашева Виктория Васильевна, Емельянова Ольга Сергеевна	
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ	98
Данилов Роман Дмитриевич	
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АБОРТОВ В Г.ВОЛГОГРАДЕ, ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2013-2017 ГГ.	100
Тяпченко Артем Андреевич, Буковская-Колодяжная Евгения Романовна	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	102
Реунова Дарья Викторовна	
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА И ОБЩЕСТВА, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЙСТВУЮЩИХ МЕХАНИЗМОВ И ЗАЩИТА ПРАВ И ИНТЕРЕСОВ ГРАЖДАН В НАИБОЛЕЕ ПРОБЛЕМНЫХ СЕКТОРАХ	104
Монина Мирослава Александровна, Романченко Анна Сергеевна	
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ АПТЕК С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПРЕДПОЧТЕНИЯХ ПОКУПАТЕЛЕЙ ПРИ ВЫБОРЕ СЕДАТИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	105
Вышемирская Елена Владимировна, Холод Ксения Маратовна	
МЕДИАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	106
Булычева Ольга Сергеевна	
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ВОЛГГМУ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ	108
Никитин Дмитрий Николаевич	
МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ О ПРИМЕНЕНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	109
Филиппова Яна Владимировна, Федичкина Ирина Викторовна	
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	111
Колесникова Виктория Андреевна, Мироненко Татьяна Александровна,	

5. СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ПРИОРИТЕТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКИХ ГОРОДОВ	113
---	-----

Никитина Лариса Михайловна

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	115
--	-----

Киракосян Гегам Агасиевич

6. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ НА РОССИЙСКИХ РЫНКАХ	118
---	-----

Гончарова Елена Вячеславовна, Старовойтов Михаил Карпович

ЭЛЕКТРОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ CONTRA «БУМАЖНО-БЮРОКРАТИЧЕСКОЙ» ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ	120
---	-----

Вершинин Евгений Геннадьевич, Деларю Владимир Владимирович

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ	121
--	-----

Безроднова Мария Андреевна; Коликов Александр Евгеньевич

КОМПЬЮТЕРИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	123
---	-----

Тюрина Виктория Юрьевна, Чеботков Дмитрий Сергеевич

АНАЛИЗ РЫНКА ИННОВАЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: ТЕНДЕЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	124
--	-----

Гиляева Танзила Ахмедовна

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ	126
---	-----

Абакумова Юлия Вячеславовна

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	127
---	-----

Поздняк Екатерина Вадимовна

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	129
--	-----

Подсеваткина Анастасия Константиновна

**7. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ РЕАЛИЗУЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО ПРОЕКТА «СОЗДАНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ»	132
---	-----

Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна,

Симаков Станислав Владимирович, Ломовцев Михаил Сергеевич

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	134
--	-----

Иванова Алина Романовна

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	136
--	-----

Тинаева Риана Шамильевна; Казьмина Фатима Антоновна

АПТЕЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В РОССИИ И ГЕРМАНИИ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БИЗНЕСА	137
--	-----

Стамбулова Зумрут Ильмановна

УПРАВЛЕНИЕ ЖАЛОБОЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА	139
---	-----

Ивашева Вита Васильевна; Черёмушников Ириана Кабдрахимовна

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПОВЫШЕНИЯ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНОВ (НАПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) Косинова Наталья Николаевна	141
АНАЛИЗ УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ Осыко Анна Николаевна	145
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИКИ Каныгина Олеся Александровна	147
ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ «БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА» В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ефимова Юлия Дмитриевна, Циколенко Яна Александровна	149
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ Вавилова Олеся Владимировна	151
КЛАСТЕРНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Демкина Анна Алексеевна	153
ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ ВКЛЮЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В РУКОВОДЯЩИЕ ОРГАНЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Чеканин Игорь Михайлович, Калинин Елена Ивановна, Лаптева Елена Анатольевна	154
КАЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? Легенькова Надежда Михайловна, Вяткина Светлана Сергеевна	156
8. МОТИВАЦИЯ И СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА ПЕРСОНАЛА Головацкая Анастасия Владиславовна, Водопьянова Наталья Александровна	159
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА Зейналлы Рафаэль Риза Оглы	161
МОТИВАЦИЯ И СТИМУЛИРОВАНИЕ ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАДРОВОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Туктарова Регина Юнировна	162
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА ВРАЧЕЙ Коротков Кирилл Борисович	165
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЛАТНЫХ И БЕСПЛАТНЫХ КЛИНИК Никитина Алина Сергеевна	167
ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ КОУЧИНГА КАК ИНСТРУМЕНТА ОРГАНИЗАЦИИ КАРЬЕРНОГО СЦЕНАРИЯ ТАЛАНТЛИВОГО СОТРУДНИКА В УСЛОВИЯХ ВРАЖДЕБНОГО ПОВЕДЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ Князев Сергей Александрович	168
ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СОТРУДНИКОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА Сидорова Дарья Александровна	170
МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: АНАЛИЗ СТИМУЛОВ Шманёв Никита Дмитриевич	172
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	174

Зейналлы Рафаэль Риза Оглы	
МОТИВЫ И СТИМУЛЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	176
Бессарабова Алина Романовна	
ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА	177
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	
Юкина Виктория Игоревна	
ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ	180
МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	
Синенко Татьяна Анатольевна	
EVENT–МЕНЕДЖМЕНТ КАК СПОСОБ МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЯ	182
ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	
Пятибратова Анна Юрьевна	
ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВОВОГО ПРОСТРАНСТВА КОМПАНИИ КАК	184
УСЛОВИЕ МОТИВАЦИИ ТРУДА ПЕРСОНАЛА	
Ильченко Павел Владимирович	
НЕМАТЕРИАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ РАБОТНИКОВ СФЕРЫ	187
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Павлова Олеся Александровна	
9. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ	
УЧРЕЖДЕНИЯХ	
НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ	190
РАБОТНИКОВ	
Объедкова Лариса Викторовна, Черкесова Олеся Жардимгалиевна	
К ВОПРОСУ ОБ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	192
Алексеева Наталья Викторовна, Воропинова Ольга Александровна	
УЧЁТ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ КАК УСЛОВИЕ	194
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА В УЧРЕЖДЕНИЯХ	
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Колганова Юлия Андреевна	
НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ГАРАНТ КАЧЕСТВА	195
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Шабашев Данил Евгеньевич	
АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ БАЗОВЫХ ПРИНЦИПОВ	196
КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ	
РАБОТЕ	
Махфоз Виктор Николаевич	
ТЕЛЕНАСТАВНИЧЕСТВО КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО	198
ПЕРСОНАЛА	
Басовская Нина Самвеловна	
10. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА МАРКЕТИНГ-МИКС	200
В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА	
Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич	
ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ ВЫБОРА МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ И	202
ЧАСТНЫМИ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Алтынова Дарья Сергеевна, Иванов Алексей Сергеевич	
РЕКЛАМА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ	205
Лазарева Наталья Алексеевна, Объедкова Лариса Викторовна	
ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	207
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В	
ОПТОВОМ СЕГМЕНТЕ НА ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УРОВНЕ	

ПОКАЗАТЕЛЬ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ–СВЯЗЬ С УРОВНЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна, Емельянова Ольга Сергеевна	209
ПРОГРАММЫ ЛОЯЛЬНОСТИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ РЫНКЕ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Браун Виктория Алексеевна	212
МАРКЕТИНГ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ЧТО ГЛАВНОЕ? Завадская Валерия Евгеньевна	214
ОЦЕНКА ПРЕДМЕТНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА Эректеева Баина Владимировна	216
РЫНОЧНОЕ СЕГМЕНТИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Карева Олеся Сергеевна	218
ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ НА ПОКУПАТЕЛЯ ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ПРИМЕРЕ АСПИРИНА ФИРМЫ BAUER И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ФИРМЫ ФАРМСТАНДАРТ Будкова Ольга Владимировна	220
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ВЫБОРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Сергиенко Татьяна Сергеевна	221
РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИЙ МАРКЕТИНГА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Кочишвили Ксения Викторовна	223
БИЗНЕС В INSTAGRAM В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Сулицкая Юлия Олеговна, Харитоновна Юлия Юрьевна	225
ДЕТСКИЕ КРЕМА: КАКОЙ ВЫБОР ДЕЛАЮТ РОДИТЕЛИ? Лебедева Ксения Игоревна, Деркачева Каролина Владимировна	227
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗАЛЬНЫХ СРЕДСТВ Мамедова Аида Ясер-кызы, Бегбалаева Вера Зиявудиновна, Яцюк Инна Андреевна	228
ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Арефкина Ольга Александровна	229
АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ДИСТРИБЬЮТОРСКИХ СЕТЕЙ НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Морозова Александра Олеговна	232
SWOT-АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕКИ Сбойчакова Диана Ираклиевна	234
ФОРМИРОВАНИЕ ИМИДЖА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Бортовая Екатерина Витальевна	236
МАРКЕТИНГОВЫЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Шелкова Мария Сергеевна	238
ВИДЫ МАРКЕТИНГА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Кулешова Лидия Дмитриевна	239
РОЛЬ «DIGITAL» МАРКЕТИНГА В ФОРМИРОВАНИИ ЛОЯЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТА КЛИНИКИ Мамаева Дарья Дмитриевна	241

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ САРАТОВА Воронкова Екатерина Александровна	243
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК, КАК РЫНОК FMCG–СХОДСТВО И ОТЛИЧИЕ Борискина Мария Александровна, Борискина Татьяна Борисовна	246
11. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	
ПРОБЛЕМЫ И НЕДОСТАТКИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ Зейналлы Рафаэль Риза Оглы, Кувшинов Илья Сергеевич	249
12. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
СКОЛЬКО СТОИТ УДОВОЛЬСТВИЕ БЫТЬ КРАСИВЫМ ЧЕЛОВЕКОМ Лошенко Алина Владимировна, Димитренко Юлия Сергеевна, Испенова Саида Сериковна	251
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ВУЗОВСКИХ ИННОВАЦИЙ Ситникова Светлана Евгеньевна	252
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЙ СЕРВИС КАК НОВАЯ ФОРМА В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Мазница Елена Михайловна	253
ЗАКУПКИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ /МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ СУБЪЕКТОВ МАЛОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА И СОЦИАЛЬНООРИЕНТИРОВАННЫХ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НАПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ). Гаврилова Ангелина	256
ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ МАЛЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Полянская Алена Александровна	258
13. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
КЛАСТЕРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ОПЫТ ФРАНЦИИ Черноуцан Елена Михайловна	259
ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Глебов Степан Дмитриевич, Аликова Полина Петровна	261
МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ-АКТУАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СОВРЕМЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ Легенькова Надежда Михайловна, Сасин Александр Николаевич	263
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Легенькова Надежда Михайловна, Сасин Александр Николаевич	264
МАРКЕТИНГ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА Легенькова Надежда Михайловна, Вираг Екатерина Андреевна, Морозова Елизавета Дмитриевна	265
ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Легенькова Надежда Михайловна, Сабанова Валентина Алексеевна	266
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ТЕХНИЧЕСКИМ ПЕРСОНАЛОМ Глазырина Александра Андреевна	268
14. СОЦИОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОМ ПОРТРЕТЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ОТЕЧЕСТВЕННОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ	270

Гаврилова Ирина Сергеевна	
СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ	271
Гарькавская Айнура Сахибовна	
ПЕРСПЕКТИВЫ КАРЬЕРНОГО РОСТА В МЕДИЦИНЕ: ОЦЕНКИ ВРАЧЕЙ ВЛИЯНИЯ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА	273
Деларю Владимир Владимирович	
ИГРА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ В БУДУЩЕМ	274
Мягков Константин Константинович, Селюков Денис Юрьевич	
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ КАК ОСНОВА МОТИВАЦИИ ЧЕЛОВЕКА В МЕДИЦИНСКОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ	276
Смирнова Элеонора Валериевна	
МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНЕ: ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД	278
Засядкина Елена Валерьевна	
РЕЧЕВОЙ ОБЛИК СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	280
Колесникова Валерия Витальевна	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕННОСТНЫХ ПРОФИЛЕЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА	281
Царанов Константин Николаевич, Комолова Ольга Алексеевна, Паничкин Вадим Олегович, Тарбастаев Алексей Григорьевич	
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	284
Гасайниева Убайдат Буньяминовна	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	286
Бражникова Мария Алексеевна	
ГОТОВНОСТЬ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА	287
Еремина Мая Владимировна	
ОЦЕНКА РИСКА ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ	289
Еремина Мая Владимировна, Доника Алена Димитриевна	
ЭТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕНЕДЖМЕНТА	291
Шестакова Ирина Валерьевна, Паньшин Николай Геннадьевич	
КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ В МЕДИЦИНЕ: НА МАТЕРИАЛЕ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	293
Ягупов Павел Робертович	
СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: РОЛЕВОЙ ПОДХОД	295
Доника Алена Димитриевна	
15. РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО	
ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК РЕСУРС МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	297
Беяева Юлия Михайловна	
ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ: ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ	298
Кондратьев Геннадий Владимирович, Деларю Владимир Владимирович	

МОДЕЛИ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ Крец Александра Вячеславовна	300
КОНЦЕНТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ЕЕ СВЯЗЬ СО СТРУКТУРОЙ РЫНКА Назарова Алена Александровна	301
ЦЕНОВАЯ ПОЛИТИКА КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ Казачкова Каролина Игоревна, Бадмаева Кермен Анатольевна	304
МЕХАНИЗМ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Мочалова Наталья Алексеевна	304
РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТА ГЧП В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Герасименко Ольга Александровна	306
МЕДИЦИНСКИЕ ХАЛАТЫ. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА И АНАЛИЗ РЫНКА ПРОДАЖ Г.ВОЛГОГРАДА Волкова Ксения Николаевна, Коваленко Дарья Александровна, Потовина София Владимировна	309
16. ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО–АНАЛИТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В УПРАВЛЕНИИ БИЗНЕСОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ Легенькова Надежда Михайловна, Сасин Александр Николаевич	310
ПЛЮСЫ И МИНУСЫ КОМПЬЮТЕРИЗАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Афанасенко Анатолий Олегович, Линцов Сергей Владимирович	311
РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Сасин Александр Николаевич	313
ЦИФРОВАЯ ЭКОНОМИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Абрамова Анна Сергеевна	315
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ И ЭКСПЛУАТАЦИИ СЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ В РОССИИ Акмашова Мария Алексеевна, Кибиткина Елизавета Владимировна	317
ПЛАТФОРМА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Качалов Дмитрий Леонидович	319
ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ЦИФРОВАЯ ЭКОНОМИКА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» НА 2018 ГОД Болдырева Полина Анатольевна	321
СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Печерский Андрей Сергеевич	322
АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Проскура Никита Сергеевич, Каньгина Олеся Александровна	324
ТЕНДЕНЦИИ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Федотова Аюна Мингияновна	326
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Гамидова Диана Гамидовна	328

1. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

УДК 330.3

СОЦИАЛИЗАЦИЯ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ В РОССИИ: ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ И ИНСТРУМЕНТЫ РАЗВИТИЯ

Шаховская Лариса Семеновна, д.э.н., профессор,
профессор кафедры Мировой экономики и экономической теории Волгоградского государственного технического университета – опорного регионального университета

1.01.1992 года, то есть без малого три десятилетия тому назад, Россия резко изменила парадигму своего экономического развития и перешла от административно-плановой (распределительной) модели хозяйственного развития к рыночной экономике, основанной на частной собственности, конкуренции и действии объективных законов экономического развития. То есть, за все эти годы мы прошли тот путь, который все развитые страны мира проходили эволюционным путем в течение нескольких столетий. Мы прошли этот путь, постоянно меняя модель хозяйственного развития, и, приспособив ее не только к рыночным отношениям, но и ко всем изменениям мировой экономики, которые неизбежно оказывали влияние на состояние как российской национальной экономики в целом, так и на отдельные ее сегменты, в том числе, такие чувствительные с социальной точки зрения как образование и здравоохранение.

За эти годы модель хозяйственного развития в России менялась от «олигархического капитализма» 90-х годов XX столетия, до ресурсоориентированной экономики 2000-х годов XXI столетия, сложившейся в эти годы, благодаря высокой экономической конъюнктуре на мировых рынках энергоносителей. В ресурсоориентированной экономике не было бы ничего страшного, поскольку закон международного разделения труда еще никто не отменял: в соответствии с этим законом, каждая страна вывозит на мировой рынок именно те ресурсы, которые имеются у нее в изобилии. При этом, если бы экспортные доходы, полученные государством и частным бизнесом, оставались в России и направлялись на развитие не только ресурсодобывающих отраслей, но также собственной промышленности и сельского хозяйства, такая ресурсоориентированность явилась бы признаком наличия у России дополнительных, по сравнению с другими странами, конкурентных преимуществ. Но, если российское государство от продажи энергоресурсов в благоприятные «нулевые» годы еще сумело создать некую «подушку безопасности» для всей страны, то частный бизнес, занятый в ресурсодобывающих отраслях, предпочитая делать деньги в России, вкладывал их, отнюдь, не в российскую промышленность или сельское хозяйство, а вывозил за рубеж в виде покупки дорогостоящей недвижимости. В подобном случае, все слова о необходимости модернизации российской экономики на инновационной основе, оставались не более чем намерениями с непредсказуемыми сроками их реализации.

Между тем, бурное развитие НТР во всех отраслях мировой экономики привело к созданию многочисленных средств коммуникаций, которые позволяют населению любой страны, независимо от места проживания и пребывания в каждый данный момент, общаться друг с другом и не только внутри страны, но и на международном уровне, что расширяет профессиональные возможности специалистов во всех областях деятельности и знания, не говоря уже о расширении коммуникативных возможностей общения между людьми. Все это не могло не привести к социализации рыночных отношений во всем мире, и, Россия здесь не является исключением: мерой всех вещей стало удовлетворение потребностей людей – граждан той или иной страны. Особую чувствительность приобрело развитие таких значимых сегментов рыночной экономики, как образование и здравоохранение, поскольку образование и здоровье нации определяет будущее развития, как любой страны, так и государства в целом.

В XXI столетии, глобализация мировой экономики привела к тому, что конкуренция, как экономическое явление, практически перестала существовать на мировых рынках: достаточно стало сказать «ты плохой» и объявить против тебя санкции, чтобы избавиться от

конкурента. Замена конкуренции политическим диктатом отдельных стран, привела к тому, что руководство РФ осознало необходимость отказа от догоняющей модели экономического развития нашей страны и, возможно, впервые задумалось о том, каким должно быть это развитие и как в кратчайшие сроки должна быть решена задача импортозамещения, поскольку старые кооперационные связи на пространстве бывшего СССР для развития собственной промышленности были оборваны, как и традиционные источники дешевых кредитных ресурсов за рубежом.

РФ поставила перед собой задачу в экономической области уйти от ресурсоориентированной модели развития и построить социально-ориентированную модель рыночной экономики, ориентированную на человеческое развитие. Экспортная составляющая российской экономики никуда при этом не денется, но при этом поставлена задача перейти на инновационный тип развития экономики во всех отраслях народного хозяйства, когда страна, оставаясь рыночной, сможет быть независимой и самодостаточной, осуществляя программу импортозамещения, что исключительно важно в условиях ужесточения против России экономических санкций и ответных, с ее стороны, контрсанкций. Применительно ко многим отраслям народного хозяйства, Россия медленно, но уверенно решает эту задачу. Это касается оборонного сектора страны, важнейших машиностроительных предприятий по выпуску средств транспорта и связи, сельского хозяйства и предприятий АПК, а так же организаций социальной сферы. Так, в РФ на высочайшем уровне налажена подготовка IT-специалистов, которые стали пользоваться спросом в самых развитых странах мира; разработаны уникальные медицинские технологии, что привело к формированию в России особого сегмента туристического рынка – въездного медицинского туризма, развитие которого позволяет снизить стоимость медицинских услуг для граждан собственной страны; есть спрос на внутреннем рынке на биологически активные добавки (БАДы) из компонентов природного происхождения, что позволяет на базе природного сырья создать целые фармацевтические кластеры, как это уже сделано в Алтайском крае. Следует заметить, что такая возможность есть и в Волгоградской области, где уже не первый год ведутся разговоры о создании фармацевтического кластера, научной базой для которого, должен стать Волгоградский государственный медицинский университет.

Спрос на услуги социально-значимых рынков во всем мире очень высок и Россия здесь не является исключением, что объясняется бесплатностью образования и здравоохранения в советский период времени, а ориентация национальной экономики на социально-ориентированную модель развития, делает этот спрос объективно-необходимым для страны в целом. Возникает вопрос: а, что будет, если этот спрос населения страны (граждан государства) не будет удовлетворен?

У любого потребителя на любом рынке, будь-то рынок В2С или В2В, бюджет ограничен, следовательно, при приобретении потребительских или инвестиционных товаров, потребитель ориентируется на соотношение «цена-качество». Каждый из нас знает по собственному опыту, что даже при перенасыщении потребительского рынка товарами или услугами (а у нас скоро на рынках В2С продавцов будет больше чем покупателей!), чтобы соблюсти это соотношение «цена-качество», нам еще придется побегать, прежде чем мы купим необходимый нам товар или услугу. Не будем забывать, что в условиях ограниченного бюджета, но перенасыщения рынков товарами или услугами, продаются не экономические блага, а продается *удовлетворение потребности*. Теперь представим себе, что деньги потрачены, а удовлетворения потребности от покупки не наступило. И, поскольку ни у одного потребителя нет станка для печатания денег, потребителя охватывает раздражение: деньги потрачены, а проблема не решена! Представьте себе, что будет, если это состояние неудовлетворенности охватывает не одного потребителя, а большинство населения целой страны или отдельных ее регионов? Причем, если это происходит ежедневно, в течение длительного периода времени, то отношения между субъектами хозяйствования (производителями и потребителями, продавцами и покупателями, работодателями и наемными работниками) во внешней и внутренней среде весьма далеки от гармонизации

экономических отношений. Отраслевая принадлежность рынка здесь вообще не имеет значения: такая ситуация может сложиться на любом, даже социально значимом рынке, не говоря уже о рынке государственных услуг. В маркетинге, традиционно выделяя рынки B2C, B2B, B2G, мы как-то забываем про рынок G2C – рынок государственных услуг для потребителя – рядового жителя, гражданина той или иной территории нашей страны. К сожалению, приходится констатировать, что сегодня в России крайне низкое качество всех рынков, особенно рынков товаров и услуг.

Рынок государственных услуг здесь не является исключением: сегодня, государственное управление в России на всех уровнях находится на крайне низком уровне. Власть не слышит население и представителей бизнес-сообщества (особенно на местах), а последние, не задумываясь о решении социально-экономических проблем в регионах базирования их бизнеса. На бытовом уровне, у рядового потребителя или пользователя создается впечатление, что «все ненавидят всех» – достаточно почитать в Интернете комментарии пользователей в социальных сетях или читателей самых популярных российских (в том числе и региональных) СМИ на события внутрироссийской жизни! Кстати, это подтверждается результатами последних выборов губернаторов во многих регионах РФ. Даже в тех регионах, где были достигнуты явные экономические успехи (Владимирская область, например), местные власти не нашли общий язык с населением подведомственных регионов, и, как результат, действующими губернаторами выборы были проиграны.

Другими словами, формой проявления крайней степени социализации рыночной экономики, стало социально-активное поведение местного сообщества (населения регионов), а инструментами развития социализации, общественные ресурсы экономического развития. К общественным ресурсам экономического развития можно отнести: 1) Гражданское общество; 2) Отношения трипартизма; и 3) Социальную ответственность бизнеса. Причем, все три ресурса могут существовать в форме различных институтов (гражданско-правовых, экономических, общественных, государственных, частно-государственных и пр.), которые по мере выполнения стоящих перед ними задач, могут либо трансформироваться в новые, либо вообще

Для управления общественными ресурсами и использования их в интересах развития территорий России существует такой маркетинговый инструмент, как «краудсорсинг» (буквально, «ресурс толпы»). Среди управленцев существует мнение, что толпой нельзя управлять. Еще как можно, что и доказали события на постсоветском пространстве (Украина, Молдова). Кстати, в той или иной форме это происходило и происходит во всех постсоветских странах и Россия не является здесь исключением. Краудсорсинг сегодня можно было бы использовать для управления «энергией масс», то есть направления усилий наиболее активной части населения на решение социально-экономических задач тех или иных территорий в регионах РФ, через его участие в различных частных, общественных или смешанных институтах Гражданского Общества.

Отношения трипартизма, представляющие собой институциональное взаимодействие работодателей, наемных работников и государства, в РФ законодательно хорошо оформлены трудовыми договорами за соблюдением которых, осуществляется тройной контроль со стороны всех его участников.

Частный бизнес, в рамках своей социальной ответственности, может использовать разнообразные инструменты маркетинга отношений, в том числе социально-этического маркетинга. Это, прежде всего, *Партнерские программы лояльности* между всеми субъектами хозяйствования, которые *способны на любом рынке превратить потребителя в бизнес-партнера*, причем, самому бизнесу это ничего не будет стоить. Особенно это важно для малого и среднего бизнеса, для которого Партнерские программы лояльности являются «спасательным кругом» для выживания в условиях экономического кризиса.

Партнерские программы лояльности являются чрезвычайно перспективным инструментом управления для администраций различного уровня, осуществляющих свою деятельность на рынках B2C (потребительском рынке), B2G и G2C (рынках госзакупок и

оказания государством услуг населению). Их использование свидетельствует о совершенно ином, более высоком качестве государственного управления на различных его уровнях, поскольку в Партнерские программы могут быть заложены не только условия по выполнению госконтракта, но и по его обслуживанию в течение всего жизненного цикла продукта или услуги, которые были созданы в ходе его выполнения.

Подведем итог всему сказанному. В условиях углубляющейся социализации рыночной экономики, модель хозяйственного развития той или иной страны, *во-первых*, должна быть адекватна той модели рыночной экономики, в рамках которой она формируется; *во-вторых*, она должна соответствовать той внешней и внутренней экономической и политической конъюнктуре, которая сложилась в мире и собственной стране, в каждый данный момент ее развития; *в-третьих*, механизм реализации этой модели (как и сама модель) должен быть индивидуален для каждого российского региона и оперативно корректироваться в соответствии с изменениями внешней и внутренней среды сочетанием рыночных и административных методов, и инструментов управления на всех уровнях хозяйствования конкретной российской территории.

Цель того хозяйственного механизма, который предстоит создать в России и ее регионах, – гармонизация экономических отношений на основе достижения общественного согласия между всеми субъектами хозяйствования, – именно в этом состоит главная функция государственного управления на всех уровнях власти. Исходя из этого, развитие социально-значимых рынков, к числу которых относится и рынок услуг здравоохранения, приобретает особое значение, поскольку, с одной стороны, от его правильной организации зависит здоровье нации, а с другой, – социальное согласие в обществе. Специфика этого рынка заключается в сочетании административно-государственных методов управления учреждениями здравоохранения, поскольку бесплатное здравоохранение гарантируется Конституцией РФ, с рыночными методами управления, когда цена на медицинские услуги диктуется рынком, но при этом контролируется государством, поскольку на этом рынке все производимые услуги, одновременно являются общественным благом.

Следовательно, на работников сферы здравоохранения ложится дополнительная социальная ответственность: с одной стороны, как на специалистов, чьим объектом деятельности является такая тонкая материя, как здоровье человека, а с другой, – как на участников рыночных отношений на одном из важнейших социально-значимых рынков, что делает необходимым подготовку специальных медицинских менеджеров для развития рынка услуг здравоохранения и для продвижения современных медицинских услуг, связанных с новыми технологиями в этой сфере. Только при таком условии медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал сможет сосредоточиться на выполнении своей основной задачи – лечении и охране здоровья населения.

УДК 339:35

РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА В РОССИИ С ПОЗИЦИИ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ

Забазнова Юлия Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. Голиков Вячеслав Владимирович

В современном мире с его постоянной динамикой, прогрессом, изменяющимися как в лучшую, так в худшую сторону условиями жизни, здоровье нации, сохранение человеческого

капитала, как гарантия целостности и стабильности перспективного общества, является приоритетным направлением любого государства.

В XXI веке фармацевтическая и биотехнологическая отрасли занимают здесь особое место. Так как эти отрасли способствуют обеспечению населения жизненно важными, современными лекарственными средствами, тем самым определяя социально-экономическое благополучие государства, стабильное развитие системы здравоохранения, обеспечивая одну из сторон национальной безопасности.

Экономический кризис, повышение цен на импортные лекарственные препараты во многом способствовали принятию курса правительством Российской Федерации на полное импортозамещение и в медицине. Предстоит очень непростая задача - создать свои лекарства,

более эффективные и дешевые. Но как показывает мировая практика, эффективные и безопасные препараты не могут стоить дешево. Закупка зарубежных оригинальных препаратов и их реализация для поставщиков становится невыгодной. На фоне падающего курса рубля лекарства резко выросли в цене. По словам Натальи Зубаревич, профессора МГУ, в течение четырех лет происходило падение реальных доходов населения (за 2014–2017 годы они сократились на 12%) [5], поэтому для многих россиян зарубежные препараты превратились в роскошь. Но цены также растут и у отечественной фармпродукции: часть сырья и оборудования для ее производства закупается у иностранных поставщиков за валюту.

Глобальные финансово-экономические кризисы 2008-2009гг. и 2014 года способствовали снижению темпов роста фармацевтического рынка, что вынудило правительства многих стран пересмотреть свои бюджеты на здравоохранение и оптимизировать расходы на закупки лекарств. В связи с сложившейся ситуацией импортозамещение стало одним из ключевых стратегических приоритетов. Правительством Российской Федерации определены четкие цели и задачи в данном направлении. Основная цель - разработка технологий и организация производства лекарств, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Для этой цели правительством РФ создана Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года («Фарма-2020») [4], принятая Правительством в 2009 году. В рамках данной программы выявлены основные системные проблемы, составляющие их факторы, разработаны группы мероприятий по их решению, определены источники финансирования. Запланирован переход российской фармацевтической промышленности на инновационную модель развития и вывод на рынок отечественных инновационных лекарственных средств. Предполагается, что к 2020 году отечественные фармацевтические компании накопят портфель инновационных разработок, имеющих высокий потенциал коммерциализации не только на российском, но и на мировых рынках.

Согласно Указу Президента от 7 мая 2012 года [1], объем производства отечественных лекарственных препаратов по номенклатуре перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов должен быть доведен к 2018 году до 90%. При этом программы импортозамещения не снижают в необходимой мере доли импорта высокотехнологичных товаров в общей структуре импорта РФ.

Одной из действенных мер по решению проблем стало ограничение Правительством госзакупок иностранных лекарств [3], входящих в список жизненно важных лекарственных препаратов. Суть закона в том, что если аналогов импортных лекарств в России нет, то иностранные компании спокойно будут допускаться к торгам, а большие смогут продолжать их получать в больницах. Но если в России производится полноценный аналог, то импортное лекарство больше не сможет участвовать в торгах.

В целях дальнейшего развития импортозамещения и локализации в июле 2015 года была сформирована Межведомственная рабочая группа по снижению зависимости отраслей фармацевтической и медицинской промышленности от импорта оборудования, комплектующих и запасных частей, использования иностранного программного обеспечения [13]. В рамках Фарма-2020 была поставлена задача перехода отрасли на международные

стандарты надлежащей производственной практики – GMP. Сформирован штат GMP-специалистов, прошедших полный курс подготовки в РФ. С 2015 года прошло 212 проверок российских производителей, по результатам которых заключение о соответствии получили 86 российских производителей по 108 производственным площадкам.

В 2016 году стартовал переход фармотрасли на инновационную модель развития. По данным Минпромторга, в разработку лекарственных средств вовлечены порядка 20 отечественных вузов и институтов, более 25 учреждений РАН и РАМН, порядка 250 частных и государственных организаций-производителей и разработчиков. Российскими эффективными фармацевтическими кластерами считаются Санкт-Петербургский, Калужский, Ярославский кластеры. На территории РФ было открыто несколько новых предприятий по производству лекарственных средств. Только в 2015 году было открыто 6 фармацевтических заводов, а всего с 2013 года запущено 19 производственных площадок.

В 2016 году Минпромторгом был запущен проектный офис. Основная его задача — содействие российским разработчикам в анализе рынка, оценке перспективности и патентоспособности инновационных разработок, технологических возможностей и экономического потенциала для их масштабирования. Осуществляется работа по формированию списка разработок, которые будут представлены экспертам из научного и бизнес-сообщества, регуляторных органов, институтов развития, венчурных фондов для оценки инвестиционного потенциала.

По промежуточным итогам программы «Фарма 2020» разработано и выведено на рынок импортозамещающих лекарственных препаратов 44, инновационных лекарственных препаратов 2 (нарлапревир и сатерекс). Финансовая поддержка государства на развитие фармацевтической отрасли измеряется 8,06 млрд. руб. Одобрено для финансирования 7 проектов.

За период с 2011г до 2017г очевидно, что Фарма 2020 стала одной из наиболее успешных отраслевых программ развития в России.

К началу августа 2018г. доля отечественных препаратов, входящих в перечень жизненно необходимых лекарств увеличилась до 84,2%, что практически соответствует запланированным показателям.

По прогнозу международной консалтинговой компании «Frost & Sullivan», в период 2016–2025 годы мировой рынок фармацевтики и биотехнологий будет расти в среднем на 4,6%, а к 2025 году его объемы составят 1,7 трлн. долл [10]. Министр промышленности и торговли России Денис Мантуров отметил, что отечественная фарминдустрия показывает один из самых высоких темпов роста среди всех отраслей промышленности.

Со слов Мантурова, Минпромторг готово обеспечить фармотрасль грамотной государственной поддержкой [14]. Будут четко сформированы и обоснованы приоритеты развития фармацевтической отрасли, а сотрудничество специалистов с научной международной средой обеспечит развитие конкурентоспособности, самосовершенствование производимой фармакологической продукции.

Ежегодно проводятся мероприятия, выставки, где научно-исследовательские институты, центры, университеты, российские компании представляют свои инновационные проекты в области фармацевтической промышленности потенциальным инвесторам и деловым партнерам. Ориентация инновационных разработок в области фармакологии на современные достижения медицины (особенно в генетике), на персонализацию медицины и доказательную медицину является перспективным направлением. Смягчаются условия банковского кредитования, льготные займы, предоставляются Фондом развития промышленности. Это является эффективной перспективой импортозамещения. Займы выдаются на проекты по модернизации производства, организации новых производств и обеспечению импортозамещения в объеме от 50 до 500 млн. рублей сроком до 7 лет по ставке 5% годовых. Создаются условия, мотивирующие производителей выпускать высокотехнологичные препараты. Этого можно достигнуть путем реформирования системы

закупок, где главным условием будет не низкая цена препарата, а его фармакологическая эффективность. Работа исключительно на принципах доказательной медицины.

Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" Правительству РФ было поручено разработать среди прочих национальную программу развития здравоохранения [2]. В рамках реализации положений этого указа ведется работа над Стратегией развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2030 года. Ответственным за подготовку этого документа является Минпромторг России.

По словам Директора департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Алексея Алехина, в настоящее время активно обсуждается и разрабатывается программа развития фармацевтической и медицинской промышленности «Фарма-2030». Важно отметить, что при составлении программы будут учитываться интересы ученых, производителей, пациентов, инвесторов.

В целом, можно утверждать, имеется перспектива импортозамещения в фармакологической отрасли к 2020–2030 году. Это подтверждает то, какого высокого уровня замещения удалось добиться в списке жизненно важных лекарств.

Список литературы

1) Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. N 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения"- [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru>

2) Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года"- [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products>

3) Постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2015 г. № 1289 г. Москва "Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд"- [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru>

4) Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года(утверждена приказом Минпромторга России от 23 октября 2009 г. №956). - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.pharma2020.ru/>

5) Зубаревич Н.В. Отношения центр-регионы: что изменилось за четыре года кризиса?//Контрапункт.- 2018.- 11(04).- С.1-10.

6) Лин А.А., Соколова С.В., Большакова М.В. Фармацевтический рынок: реализация стратегии импортозамещения// Экономика и управление в сфере услуг. – 2017- 13. - С.181-185.

7) Лин А.А., Соколова С.В., Семин А.А. Фармацевтический рынок: барьеры на пути перехода к инновационной модели развития // Проблемы модернизации и перехода к инновационной экономики. — 2017. — 12. — С. 16–20.

8) Угольников В.В., Петров А.А. Импортозамещение фармацевтической продукции: экономические аспекты//Технико-технологические проблемы сервиса. – 2017.-3(41). – С.51-55.

9) Отчет о деятельности министерства промышленности и торговли РФ в 2009 г. и планы на 2010 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.minprom.gov.ru/activity/med>.

10) Обзор тенденций на глобальном и Российском фармацевтическом рынке. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://frprf.ru/file/Farm.pdf>

11) Минпромторг России представил стенд в рамках II выставки «Импортозамещение» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://minpromtorg.gov.ru/press-centre/news>

12) Лидеры фармацевтического рынка обсудили разработку стратегии ФАРМА-2030 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://minpromtorg.gov.ru/>

13) Минпромторг приказ от 6 июля 2015г. № 1857 Об образовании межведомственной рабочей группы по снижению зависимости отраслей фармацевтической и медицинской промышленности от импорта оборудования, комплектующих и запасных частей, использования иностранного программного обеспечения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://minpromtorg.gov.ru/>

14) Денис Мантуров: Идем с опережением графика [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://minpromtorg.gov.ru/press-centre/news>

УДК 614

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Лаврова Инна Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики
и менеджмента ВолГМУ Аракелова Ирина Владимировна

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации была разработана Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года представляет собой анализ состояния здравоохранения в Российской Федерации, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода.

Целями развития здравоохранения являются:

- прекращение к 2011 году убыли населения Российской Федерации и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
- снижение общего коэффициента смертности до 10 (то есть в 1,5 раза по отношению к 2007 году);
- снижение показателя младенческой смертности до 7,5 на 1000 родившихся живыми (на 20% по отношению к 2007 г.);
- снижение показателя материнской смертности на 100 000 родившихся живыми до 18,6 (на 15,7% по отношению к 2007 г.);
- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения;
- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

Задачами развития здравоохранения являются:

- создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни;
- переход на современную систему организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;
- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;
- развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении;
- информатизация здравоохранения.

Для достижения этих целей и задач разработаны ряд мероприятий.

Одним из приоритетов государственной политики должны являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Формирование здорового образа жизни:

- совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания;
- создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками;
- обеспечение здорового питания;
- развитие массовой физкультуры и спорта;
- снижение риска воздействия неблагоприятных факторов внешней среды;
- массовая профилактика факторов риска неинфекционных заболеваний.

Гарантированное обеспечение населений качественной медицинской помощью:

- конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
- стандартизация медицинской помощи;
- организация медицинской помощи;
- обеспечение лекарственными средствами;
- осуществление единой кадровой политики;
- инновационное развитие здравоохранения;
- информатизация здравоохранения;
- модернизация системы финансового обеспечения оказания медицинской помощи;
- законодательное и нормативно-правовое обеспечение.

Основные этапы и ожидаемые результаты реализации Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года.

Реализация Концепции будет происходить поэтапно:

На первом этапе (2009-2015) будет осуществлена конкретизация государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, произведен переход на преимущественно одноканальную модель финансирования медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования, осуществлена разработка стандартов и порядков оказания медицинской помощи, начато внедрение информационной системы персонифицированного учета оказанной гражданам. В рамках первого этапа реализации Концепции также будут осуществлены подготовительные мероприятия для последующего перехода на новую систему организации медицинской помощи, включая создание системы контроля качества медицинской помощи с ее последующей интеграцией в систему управления качеством, проведена модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения, сформирована и начнет реализовываться система непрерывной подготовки кадров, основанная на единой кадровой политике, а также будут определены приоритеты для инновационного развития

здравоохранения, сформированы межведомственные целевые научные программы по разработке и внедрению новых высокоэффективных технологий профилактики, диагностики и лечения социально-значимых заболеваний и патологических состояний.

На втором этапе реализации Концепции (2016-2020) предполагаются поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи на основе созданных инфраструктуры и кадрового ресурса здравоохранения и информатизации отрасли, дальнейшее внедрение новых технологий, разработанных с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения, включение высокотехнологичной и скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, интеграция бюджетных инвестиций в тарифы на медицинскую помощь, создание системы лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках обязательного медицинского страхования.

В целом, реализация всех направлений Концепции обеспечит к 2020 году формирование здорового образа жизни населения Российской Федерации, а также создаст систему здравоохранения, позволяющую оказывать доступную и качественную медицинскую помощь на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно-технического прогресса, которая будет являться залогом устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации в долгосрочной перспективе.

Список литературы

1. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (в ред. от 20.08.2010 № 650)//www.minzdravsoc.ru
2. Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб. / Росстат. - М., 2010. 813 с.
3. Экономика здравоохранения: Учебники высшей школы экономики / Кораблева Г.В. - М.: ГУ ВШЭ, 2008. - 479 с.
4. Валентин Кудров: Национальная экономика России. - М.: Дело АНХ, 2008. - 544 с.
5. Г. Э. Улумбекова. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года". - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 594 с.
6. Национальная экономика: Учебник / Под общей ред. акад. РАЕН В.А. Шульги. - М.: Изд-во Рос. экон. акад., 2006. - 592 с.
7. Официальный сайт Минздравсоцразвития России. Концепция развития здравоохранения до 2020 года. Режим доступа: www.minzdravsoc.ru
8. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации (аналитический материал). Режим доступа: www.gks.ru

УДК 338.45

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА В РОССИИ

Артемова Анастасия Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики
и менеджмента ВолГМУ Аракелова Ирина Владимировна

Фармацевтический рынок - это сочетание экономических связей, возникающих между его субъектами по поводу купли-продажи и назначения- потребления товаров аптечного ассортимента. В этой сложной системе представлено множество лиц, такие как:

производители – компании, персонал аптек, дистрибьюторы, руководство и врачи поликлиник и больниц, многие другие посредники и, наконец, непосредственно сами пациенты.

Фармацевтический рынок России стремительно развивается. Ежегодно его объем увеличивается примерно на 14-15 % [1]. Обеспечение населения страны медикаментами не просто экономически выгодно, но и является немаловажной составляющей частью национальной безопасности государства, кроме этого, степень насыщенности фармацевтического рынка определяет уровень жизни граждан страны. Именно поэтому происходят некоторые стимулирования к развитию фармацевтического рынка России. Вместе с тем в этой отрасли существует много проблем, способы решения которых следует рассмотреть.

Если рассмотреть развитие различных рынков нашей страны в современности, то несложно заметить, что фармацевтический рынок является одним из наиболее устойчиво и стабильно развивающихся отраслей экономики страны [2]. В этой сфере нет так давно появляются новые формы собственности, и как следствие мы можем наблюдать конкурентную среду, а она, как известно, порождает насыщение рынка качественной продукцией.

Для освещения главной темы статьи необходимо рассмотреть особенности исторического формирования рынка медикаментов нашей страны. Возникновение и развитие этой системы произошло на распад планово-распределительная система здравоохранения и лекарственного обеспечения, кроме этого, нельзя обойти тот факт, что доход населения не позволял приобретать качественные лекарственные средства. Еще одной особенностью является то, что с девяностых годов прошлого века соотношение долей доли безрецептурных лекарственных средств и рецептурных лекарственных средств практически сровнялись. В такой ситуации предприятиям выгоднее закупать субстанции нежели производить самим. Отсюда и 3/4 российского производства, которое использует в субстанции, произведенные за границей.

Основной проблемой развития фармацевтического рынка, которая требует решения, является развитие отечественной фармацевтической промышленности. Во-первых, преобразование фармацевтической промышленности в соответствии с международными стандартами. Особое место в решении имеет поддержка и внедрение инноваций. В настоящее время наблюдаются результаты доминирования на рынке импортной фармацевтической продукции и, если говорить обобщенно, то это современное состояние российской фармацевтической продукции в целом. Однако уже в 2008 году стали производиться работы по стабилизации работы отечественной промышленности. Во-вторых, на протяжении долгого времени отечественный рынок находился в изоляции от мирового, и так как населению не были предоставлены качественные и эффективные препараты, люди стали обращаться за помощью к «народным средствам» для лечения, одним словом, занимались самолечением. И теперь должно было смениться поколение людей, чтобы доверие к медикаментам стало возрастать. В-третьих, имеет место быть немаловажная проблема - отсутствие механизмов финансирования разработок лекарств.

Рассматривая ситуацию с точки зрения потенциального инвестора, производство фармацевтической продукции обладает рядом отличительных черт. И главными негативные моментами, на которые нельзя не обратить внимание выглядят так:

1. Более высокая инвестиционная привлекательность производства готовой медикаментозной продукции в сравнении с производством лекарственных субстанций.

2. Рост цены на материальные ресурсы, что вызывает значительное увеличение себестоимости субстанций, выпускаемых отечественными производителями. Что порождает повышение цен на них до уровня, превышающего мировой.

3. Присутствие большого количества иностранных предприятий на фармацевтическом рынке России, это не могло не создать колоссальную конкуренцию каждому отечественному производителю, не способному в большинстве случаев проявлять конкурентоспособность.

Такие характеристики не должны внушать доверия у инвесторов, но анализируя статистику роста и развития рынка, можно с уверенностью сказать, что фармацевтическая промышленность привлекательная для вложений.

По данным DSM Group объём рынка в 2017 году составил 1 628 млрд. руб., что на 8% выше показателя прошлого года. На протяжении уже почти двух десятилетий фармацевтическая промышленность показывает хорошие результаты, но одновременно с этим наблюдается постоянный рост объемов импорта. «Главной задачей как было, так и остается обеспечение населения доступными и современными лекарственными препаратами. На производстве дешевых генериков сложно развиваться и инвестировать. Поэтому продолжается поиск баланса, чтобы и у пациента лекарства были, и промышленность развивалась», - сообщает эксперт фармацевтического рынка, генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк [3].

Инвестирование и прогрессии развития отечественного рынка медикаментозной продукции является важным направлением, дающую не только национальную безопасность в сфере обеспечения населения лекарственными препаратами, но и направлением, позволяющим сгенерировать устойчивую экономику. В настоящее время перед отечественными предприятиями и наукой в целом стоит задача – выход на мировой уровень, пусть эта задача пока кажется невыполнимой, но именно ориентация на мировой рынок дает возможность обеспечить устойчивость и дальнейшую перспективу развития фармацевтического рынка.

Список литературы

1. Институт экономики здравоохранения- URL: <https://health-economics.hse.ru/news/210384306.html> (дата обращения: 29.10.2018)
2. Шабельский В. С. Стратегия развития фармацевтического рынка Российской Федерации // Молодой ученый. — 2014. — №20. — С. 429-433. — URL <https://moluch.ru/archive/79/13914/> (дата обращения: 29.10.2018).
3. DSM Group – URL: <http://www.dsm.ru/news/474/> (дата обращения: 29.10.2018).

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОЛИСУ ОМС В ПЛАТНЫХ КЛИНИКАХ

Полякова Мария Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст.преп. кафедры экономики и менеджмента
Шестакова Ирина Валерьевна

В наше время люди нередко прибегают к различной врачебной помощи. Конечно, все хотят попасть на прием к высококвалифицированному специалисту, но далеко не все население нашей огромной страны может позволить себе оплатить прием врача в частной клинике. Почти у всех есть полис ОМС, но не все знают о его функциях в обеспечении здравоохранения. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования (ОМС) — документ, который гарантирует получение бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации по программе обязательного медицинского страхования. Полис удостоверяет, что оплату медицинской помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования, производит страховая медицинская организация, выдавшая полис. Полис ОМС выдается страховой медицинской организацией гражданину бесплатно. Получить полис гражданин может лично или через своего представителя. Полис находится на руках у застрахованного лица, который должен предъявлять его при обращении за медицинской помощью. Полис ОМС действителен на всей территории Российской Федерации. Любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования, выданного вне территории страхования, неправомерен. Однако, с одним ограничением – данную медицинскую помощь могут оказывать лишь те организации, которые входят в реестр, и работают по системе обязательного медицинского страхования (ОМС). А на сколько же люди осведомлены в этой сфере? Для ответа на данный вопрос было произведено анкетирование студентов ВОЛГМУ различных курсов, факультетов и возрастов. В тестировании поднимались следующие вопросы:

- Знаете ли вы, что такое ОМС?

Из 30 участников анкетирования 6 не знают значение данной аббревиатуры.

- Знаете ли вы что-то о программе ОМС в частных клиниках?

На данный вопрос дали отрицательный ответ 83% (25 человек) опрошенных. Это может говорить лишь о том, что люди плохо информированы по вопросам в сфере медицины и здравоохранения!

Третий и последний вопрос в тестировании звучал следующим образом:

- Удавалось ли вам попасть на прием бесплатно по полису ОМС?

По результатам вопроса – на таком приеме было лишь 7% опрошиваемых, а остальные 93% наверняка даже не догадываются о такой возможности.

А что же с медицинскими учреждениями? Предоставляют ли они вообще такую услугу?

Также было проведено исследование в ходе которого планировалось выяснить: предоставляют ли все-таки частные клиники г. Волгограда бесплатный прием или же лечение по предъявлению полиса ОМС?

Исследовались 13 разнопрофильных клиник, в ходе работы клиники обзванивались и был задан лишь 1 вопрос:

- Можно ли попасть на бесплатный прием, предъявив полис обязательного медицинского страхования?

Были получены следующие данные: лишь 1 из 13 опрошенных медицинских учреждений дало положительный ответ – стоматология «Лазурь», но сразу же предупредили, что квота на такой прием ограничена и детали необходимо будет уточнять у врача.

Подводя итог, можно сделать вывод: Многие ли жители знают о своем праве попасть на прием к высококвалифицированному доктору частной клиники бесплатно, только предъявив полис обязательного медицинского страхования и удостоверение личности? Как было выяснено - лишь единицы, ведь даже не все знают, что такое полис ОМС! Почему же данная услуги платных клиник не имеют массовой информационной распространенности? Наверное потому что и самих клиник, предоставляющих такую услугу, как показали результаты исследования, лишь единицы. Возможно, если бы привлекались дополнительные средства к такой программе, как бесплатный прием по полису ОМС, тогда больше клиник предлагали данную услугу.

Список литературы

1. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ.

УДК 616-083:301

ФАКТОРЫ СПРОСА НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Мантуленко Анна Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента
Ситникова Светлана Евгеньевна

Спрос - это количество медицинских услуг, которые могут приобрести пациенты в определенный промежуток времени по назначенной цене. Поэтому спрос на медицинские услуги является главным фактором развития медицины, общества, рыночных отношений. Изучение спроса дает возможность определить этап развития рынка медицинских услуг, способы удовлетворения потребностей пациента, причем со взаимной выгодой и для продавца, и для покупателя.

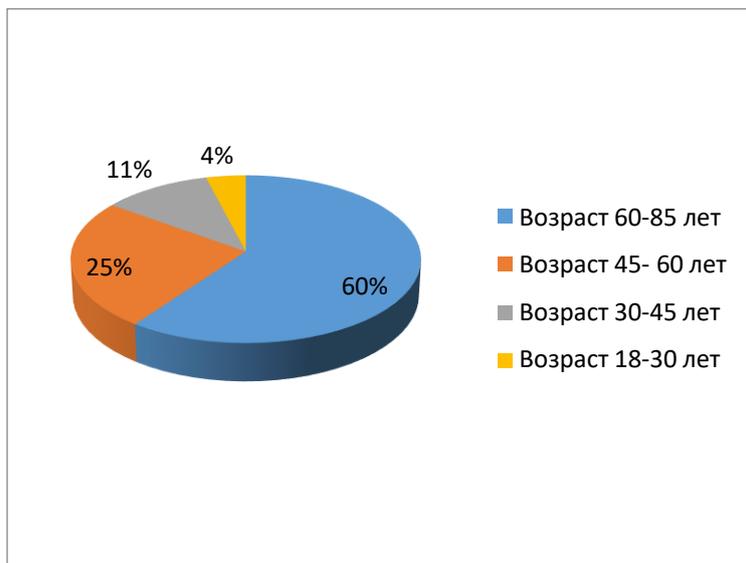
В современном обществе и в условиях функционирования рыночной экономики есть много факторов, влияющих на динамику спроса на медицинские услуги. Первым и наиболее важным является доход пациента (его бюджет). Так, чем выше доход, тем выше вероятность, что потребителя не будет беспокоить цена услуги и товара, а будет интересовать именно качество предложения. (Например, как скоро он поправится от назначенного лечения, сделают ли качественно операцию). И наоборот, чем ниже доход, тем выше вероятность того, что потребитель будет искать наиболее выгодное предложение (например, аналог дорогостоящего лекарства).

Вторым фактором влияния на спрос является ценность, полезность и качество продаваемой услуги. Это компетентность врача, обслуживание персонала в медицинских учреждениях, качество товара в аптеке и т.д.

Третий фактор - вкусы и предпочтения покупателей. В современном обществе набирает значимость именно физическое здоровье, поэтому спрос на лечебно-оздоровительные

курорты, спортивные центры, тренажерные залы, правильное питание, натуральные продукты увеличивается.

Рис. 1. Возрастная структура посетителей аптеки «Будь здоров» за 2017 год
Четвертым является изменение в структуре возраста населения.



Например, старшее поколение предъявляет повышенный спрос на лекарственные препараты в аптеках, по сравнению с остальными потребителями (см. рис. 1)

Пятый неценовой фактор спроса – мода (например, стремление к снижению веса, омоложение через пластические операции). Актуальные тенденции диктуют необходимость развития востребованных видов услуг.

Шестым фактором формирования спроса можно выделить рекомендации врачей, медицинских представителей, которые могут стимулировать спрос на различные медицинские товары и услуги. Реклама в СМИ, интернете по ТВ и интернету, газет по-прежнему остается эффективным инструментом продвижения спроса.

Одной из главных целей эффективной системы здравоохранения является улучшение медицинского обслуживания населения. Расширение спектра



Рис. 2. Предпочтения респондентов при выборе платных медицинских услуг
предоставляемых населению медицинских услуг на коммерческой основе

способствует достижению данной цели. Для подтверждения данной гипотезы был проведен социологический опрос посетителей аптеки «Будь здоров», которая расположена по адресу: Волгоград, ул 8 Воздушной Армии, д. 44А. В нем приняли участие 400 респондентов,

которым был задан вопрос: «Что вынуждает вас пользоваться платными медицинскими услугами?». Распределение ответов представлено на рис. 2

Проведенный опрос подтверждает вывод о смещении акцента от ценовой конкуренции предприятий к конкуренции, основанной на соперничестве в качественном обслуживании. Далее значимым фактором выступает высокий уровень сервиса, предполагающий отсутствие очередей, возможность записаться на прием по телефону и сайту через интернет.

Таким образом, в заключение можно сделать выводы, что спрос на медицинские услуги является важной частью функционирования экономики страны и региона. Поэтому изучение факторов, влияющих на него, дает возможность более качественного удовлетворения запросов населения, а, следовательно, быть конкурентоспособным на рынке.

Список литературы

1. Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением: учеб. пособие. СПб., 2004.
2. Тогунов И.А. Теория управления рынком медицинских услуг: монография. Владимир, 2007.

УДК 338.465.4

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Циколенко Яна Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор Косинова Наталья Николаевна

Интенсивное развитие рынка медицинских услуг и формирование жёсткой конкуренции в сфере здравоохранения, сопровождающейся реформированием системы здравоохранения России, дают возможность говорить о наступлении нового экономического периода, в котором ранее применявшиеся инструменты управления малоэффективны и неадекватны современным социально-экономическим условиям. Новый экономический порядок требует перехода от административного к экономическому управлению учреждениями здравоохранения, с адаптацией его инструментария к функциональным особенностям функционирования данных учреждений.

Управление экономической деятельностью медицинской организации – это особый вид функционального управления, который основывается на методологии управления хозяйствующим субъектом и направлен на обеспечение устойчивого экономического развития в конкурентной среде с учётом специфики производства и реализации медицинских услуг гражданам [2, с. 48].

Особенности управления экономической деятельностью в сфере здравоохранения требуют определённости в понимании сущности собственно медицинской услуги как товара.

Медицинская услуга – это мероприятие либо совокупность мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное значение и конкретную стоимость их оказания.

Важность медицинской услуги состоит в следующем: конкретно определяются направления оказания услуг; в понятии «медицинская услуга» заключена экономическая составляющая; медицинская услуга непосредственно связана с результатом медицинской деятельности.

Резервы совершенствования экономической составляющей деятельности учреждений здравоохранения заключаются не в экономии ресурсов, а в поиске путей и методов их наиболее рационального применения для охраны здоровья граждан.

Специфика здравоохранения заключается в том, что расходы на предоставление медицинских услуг могут оказаться выше ожидаемого экономического результата. Поэтому резервом повышения экономической составляющей деятельности учреждений здравоохранения станет уменьшение затрат без потери качества предоставляемых

медицинских услуг. Добиться этого позволит непрекращающееся повышение уровня развития техники и технологий во всех сферах человеческой жизни, включая здравоохранение.

Инновационный фактор неизбежно способствует сокращению ресурсопотребления и приводит к оптимизации организационных аспектов производства и предоставления медицинских услуг, способствуя тем самым уменьшению финансовых расходов при увеличении качества медицинских услуг. В медицине оптимизация расходов может совершаться на фоне повышения качества медицинской помощи [1, с. 106].

Повышение эффективности управления экономической деятельностью медицинских организаций возможно путём применения инновационных подходов, через систему информатизации ключевых направлений деятельности лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников, посредством реорганизации системы управления ресурсами здравоохранения на основе системы медицинских информационных технологий.

Другим немаловажным направлением совершенствования экономической деятельности медицинских организаций является оказание платных медицинских услуг.

Наблюдаемый в настоящее время спрос на платные медицинские услуги обусловлен множеством факторов, дифференцируемым по ключевым сегментам потребителей медицинских услуг (премиум, бизнес и массовый сегмент).

В премиум-сегменте главная потребность пациентов состоит в получении качественной и эффективной медицинской помощи. Второй фактор спроса в данном сегменте заключается в конфиденциальности и высокой физической доступности медицинских услуг. Третий фактор – получение не только лечебных, но и профилактических, реабилитационных и иных сопутствующих услуг в рамках одной медицинской организации.

В бизнес-сегменте потребности потребителей в платных медицинских услугах обусловлены другими факторами. Это, во-первых, качество, доступность и эффективность услуг, которые должны отвечать их ценовым категориям. Во-вторых, для представителей этого сегмента большое значение имеют своевременная профилактика и верная диагностика заболеваний.

И в-третьих, для высокого спроса в данном сегменте важны документально подтверждённая высокая квалификация медицинских специалистов, а также высокая клиенториентированность медицинского персонала.

В массовом сегменте потребители медицинских услуг ориентированы, главным образом, на ценовые критерии платных услуг, своевременность их предоставления, доступность оказания медицинской помощи узкой врачебной специализации [3, с. 6].

Развитие платных медицинских услуг как направления экономической деятельности медицинских организаций имеет весьма позитивное значение как для населения, так и для экономики региона и собственно организации. Происходит развитие малого и среднего бизнеса в сфере здравоохранения, организуются новые рабочие места, а граждане получают альтернативу государственным медицинским организациям с их ставшими традиционными проблемами сервиса.

Таким образом, одной из важнейших задач совершенствования экономической деятельности медицинских организаций в современных условиях, выступает поиск возможностей диверсификации источников поступления денежных средств посредством внедрения платных медицинских услуг, рынок которых сегодня активно развивается. Данное направление может обеспечить медицинским организациям дополнительный источник дохода, гарантируя их финансовую самостоятельность при угрозе сокращения объёмов бюджетного финансирования либо замораживания тарифов ОМС. В подобной ситуации экономическая деятельность медицинской организации, в частности, доходы от предоставления платных медицинских услуг, могут быть использованы для обновления оборудования и формирования фонда премирования как эффективного инструмента мотивации сотрудников. Другим путём совершенствования экономической деятельности медицинских организаций являются направления оптимизации затрат на ресурсы, которые

могут достигаться посредством внедрения инноваций как в процесс оказания медицинских услуг, так и в организацию процессов управления экономической деятельностью.

Список литературы

1. Беляев, С. А. Оценка резервов улучшения экономической деятельности медицинского учреждения / С. А. Беляев // Карельский научный журнал. – 2017. – Т. 6. № 4(21). – С. 105–108.

2. Панарина, Е. А. Управление экономической деятельностью медицинской организации / Е. А. Панарина, Е. В. Сороколетова // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 1. – С. 47–54.

3. Петросов, С. Н. Концепция развития современного лечебно-профилактического учреждения / С. Н. Петросов, Н. Ю. Трофимова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 37. – № 3. – С. 4–9.

УДК 614.2:33

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Семенов Максим Алексеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента

Ситникова Светлана Евгеньевна

На сегодняшний день медицинские услуги являются неотъемлемой частью рыночных отношений. Это и привело к выделению рынка медицинских услуг как отдельной экономической системы. Рынок медицинских услуг по составу очень разнообразен: медицинские технологии, лекарственные средства, медицинские техники, методы организации медицинской деятельности, реализуемые в условиях экономики.

По совокупности элементов медицинские услуги можно разделить на простые, сложные, комбинированные.

По характеру медицинские услуги делятся на лечебные, профилактические, реабилитационные, социальные.

По уровням медицинской помощи: доврачебные, врачебные, квалифицированные, специализированные.

По времени оказания медицинской помощи: скорые, неотложные, плановые.

Таким образом, классифицировать медицинские услуги можно по-разному. Это зависит от того, какой компонент данного вида услуг будет превалировать в организационной структуре. И тем не менее, любой медицинской услуге должны быть присущи такие свойства, как:

- цель, т.е. услуга должна иметь свои задачи, функции;
- ценность, т.е. почему эта услуга является важной, приоритетной для пациента;
- своевременность, т.е. каждая услуга должна выполняться в соответствии с графиком времени;
- доскональность, т.е. любая услуга должна быть оказана пациенту в полной мере;
- экономичность, т.е. стоимость медицинской услуги ни в коем случае не должна быть завышенной;
- эмоциональность, т.е. отношения между пациентом и специалистом должны быть построены на доверии к друг другу.

Процесс производства и потребления медицинских услуг совпадает по времени, поэтому они должны раздаваться там, где есть потребители. Медицинские услуги невозможно потрогать или увидеть, а предварительная информация о них имеет вероятный характер. Также особенностью рынка медицинских услуг является и то, что он, в основном, развивается экстенсивным путем, то есть за счет увеличения числа работников здравоохранения. За состояние здоровья общества государство несет конституционную ответственность. Поэтому рынок медицинских услуг принимает форму смешанной экономики (так называемое

«рыночное государственное регулирование»). Целевой установкой как государства, так и рынка медицинских услуг, является повышение уровня здоровья всех слоев населения.

Стоит отметить, что за последние годы в рынке медицинских услуг изменилось отношение пациентов к потребляемым услугам. Многие из них считают, что для того, чтобы врач оказал медицинскую помощь высокого уровня, его надо «отблагодарить». Это приводит к упрочнению в системе медицинских услуг «теневого» рынка. Например, для лечения пациента можно использовать лекарства, прописанные в стандартах, а можно использовать более эффективные лекарственные препараты. По мнению как врачей, так и пациентов данное явление может быть снижено за счет создания достойных условий работы работников здравоохранения.

Выделяют три основные тенденции, которые повлияют на развитие рынка медицинских услуг к 2020 году: расширение сервиса «виртуальная медсестра», популяризация носимых гаджетов и развитие телемедицинских услуг.

«Виртуальная медсестра» - это компьютерная программа, которая способна частично замещать персонал больницы. Она способна наблюдать за приемом лекарств или проведением процедур и передавать необходимую информацию вашему лечащему врачу. Данный продукт был разработан в США с целью решения проблемы нехватки кадров.

Переносные медицинские гаджеты позволяют врачу следить за состоянием пациента удаленно. Это способствует повышению эффективности системы здравоохранения и снижению затрат. Примером таких гаджетов могут послужить «умные» часы, которые были выпущены российским медицинским стартапом DocDoc и сервисом экстренной помощи «Кнопка жизни», в которые встроена система измерения пульса и календарь приема лекарств.

Телемедицина используется для передачи медицинской информации на значительное расстояние. Особенно это актуально в селах, где наблюдается дефицит кадров. Врач и пациент могут общаться на расстоянии, что приводит к снижению необходимости посещения больниц.

В заключение отметим, все медицинские услуги, предоставляемые на рынке, проходят стадии экономического цикла: оживление, подъем, кризис и депрессию. Их внедрение несет большие затраты, поэтому для того, чтобы создать фундамент для вышеперечисленных стадий, необходимо осуществить внедрение услуг как можно быстрее, поскольку от этого будет зависеть эффективность работы маркетингового плана. При успешной работе управленческой кампании фаза роста должна характеризовать стабилизацию затрат и приносить неизменную прибыль. Зрелость любой организации наступает тогда, когда спрос на какую-либо из услуг достигает максимума и стабилизирует размер прибыли. Но тем не менее, в любой момент может наступить спад, поскольку на рынке происходят неконтролируемые процессы, некоторые из которых могут привести к сокращению получаемой прибыли. Для того, чтобы определить, на какой стадии находится медицинское предприятие, необходимо осуществлять так называемый маркетинговый контроль. Он позволяет стимулировать спрос на медицинские услуги, при этом не отказываясь от них.

Список литературы

1. Остренко С. Ю. О саморегулировании в сфере оказания медицинских услуг – реальность, возможности, преимущества / С. Ю. Остренко, С. В. Лазарев // Ин-т стоматологии. – 2013. – № 3. – С. 9–11. – Библиогр.: 8 назв.
2. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2013-2017 гг, прогноз на 2018-2022 гг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://marketing.rbc.ru/research/27532/> (Дата обращения 27.10.18)
3. Селезнев В. Д. , Волков С. Д. Рынок медицинских услуг и расходы населения // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент» . - 2014 — №2. — С. 3-4
4. Рожкова Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности. // Современные исследования социальных проблем. — 2011. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-uslugi-ponyatie-i-osobennosti> (Дата обращения 27.10.18)

5. Куликов А. Ю. Рынок медицинских услуг: особенности функционирования и развития. // Фармаэкономика. Современная фармаэкономика и фармакоэпидемиология. — 2010. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rynok-meditsinskih-uslug-osobennosti-funktsionirovaniya-i-razvitiya> (Дата обращения 27.10.18)

6. Аристова Е. В., Волков Д. В. Проблемы и перспективы развития платных медицинских услуг. // Вестник Костромского государственного университета. — 2012. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-i-perspektivy-razvitiya-rynka-platnyh-meditsinskih-uslug> (Дата обращения 28.10.18)

УДК 614.22

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.

Рябова Екатерина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ

Косинова Наталья Николаевна

Эффективность деятельности в системе здравоохранения — это степень результативности проводимых в системе здравоохранения мероприятий, определяемая сопоставлением затраченных на их проведение ресурсов и полученных результатов. [1]

Уникальность сферы здравоохранения состоит в том, что эффективность в целом невозможно описать лишь с помощью экономических показателей, туда включаются социальные и медицинские.

Показатели оценки деятельности лечебно-профилактического учреждения в целом складываются в том числе из оценки деятельности персонала.

Средний медицинский персонал является одним из важнейших элементов функционирования системы, поэтому его от его эффективности зависит успех не только отдельно взятого учреждения, но и здравоохранения в целом.

С внедрением системы эффективного контракта появилась необходимость в детальной оценке каждого сотрудника ЛПУ. Основные критерии оценки деятельности медицинской сестры представлены в таб. 1.

Таблица 1. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности среднего медицинского персонала медицинского учреждения [2].

№ п/п	Показатель	Критерии	Оцен ка балл	Периоди чность
1	Своевременность и полнота выполнения врачебных назначений	своевременн о и полно	0	ежемесячно
		1 и более случаев нарушений	+1	
2	Нарушение правил получения учета и хранения	отсутствие	+1	ежемесячно

	медикаментов и расходных материалов	1 и более	0	
	Осложнения от проведенных лечебно-диагностических манипуляций	отсутствие	+1	Ежемесяч.
		1 и более	0	
	Дефекты в оформлении медицинской документации	отсутствие	+1	Ежемесяч.
		1 и более	0	
	Обоснованные жалобы	отсутствие	+2	Ежемесяч.
		1 и более	0	
	Нарушения медицинской этики и деонтологии	отсутствие	+2	Ежемесяч.
		1 и более	0	
	Нарушения санитарно-эпидемиологического режима	отсутствие	+1	Ежемесяч.
		1 и более	0	
	Нарушение правил по охране труда и технике безопасности	отсутствие	+2	ежегодно
		1 и более	0	
	Нарушение правил получения и хранения лекарственных, дезинфицирующих средств, изделий медицинского назначения	отсутствие	+2	Ежекварт.
		1 и более	0	

Максимальное общее количество баллов, которое может быть получено одним работником 13 баллов.

По замечанию главных врачей ЛПУ, этот балл раньше в среднем не всегда дотягивал до 8-9 баллов. Это было связано с большой загруженностью среднего медицинского персонала и дублированием множества трудовых функций [3].

Однако, ситуация изменилась в 2017 году, когда Министерством здравоохранения РФ совместно с Управлением внутренней политики Президента Российской Федерации и экспертами ГК «Росатом» была предложена новая модель российской поликлиники-«бережливая поликлиника».

Суть данного проекта в оптимизации поликлинических процессов и устранения потерь. Главная потеря, на устранение которой направлен этот проект- время [4].

К основным направлениям работы по данному проекту отнесли: изменения внешнего вида регистратуры и входной группы (открытая стойка регистрации и современный ремонт входной группы), введения электронного документооборота, организация профосмотров и диспансеризации по принципу непрерывного потока и соблюдения временных нормативов приема одного пациента, перераспределение нагрузки между врачами и средним медицинским персоналом[4].

Первые результаты не заставили себя долго ждать, помимо достижения основной цели-сокращению времени пребывания пациента в стенах ЛПУ, в целом все учреждения здравоохранения, внедрившие этот проект у себя, стали работать более эффективно.

Первый этап проекта в Волгоградской области охватывает первое полугодие 2018 года. В нем принимают участие 18 структурных подразделений медицинских организаций по 9 взрослых и детских. Во второй этап с июля 2018 года вступают еще 6 детских поликлиник и поликлинических отделений. Таким образом, в реализации проекта в 2018 году примут участие 24 структурных подразделения [5].

Проведенный по итогам первого квартала 2018 года анализ реализации проекта в Волгоградской области позволяет сделать вывод о том, что во всех пилотных медицинских организациях за счет оптимизации процессов произошло качественное положительное изменение. Эффективность работы увеличилась в разы: регистратуры- в 1,8 раза; прохождения профилактических медицинских осмотров детьми первого года жизни- в 3,2 раза; проведения 1 этапа диспансеризации- в 1,26 раза; участкового врача-педиатра на приеме взрослых-в 2,9 раза; участкового врача-терапевта- в 3,6 раза.

Но самым важным показателем, в рамках данной работы, стал показатель эффективности работы среднего медицинского персонала. По сравнению в аналогичным периодом прошлого года, эффективность среднего медицинского персонала выросла в среднем в 2,5 раза. Это произошло за счет выявления и устранения дублирующих функций и построения новой модели взаимоотношений «медсестра- врач» [5].

Проект только в начальной стадии, но уже сегодня можно с уверенностью сказать, что он является первым и значительным шагом на пути совершенствования и модернизации системы здравоохранения Волгоградской области.

Список литературы

1. 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: 23.09.2018).

2. Справочно-правовая система Контур.Норматив: URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=226611> (дата обращения 17.09.2018)

3. Данилова Н.В. Современные перспективы направлений работы медицинских сестер в поликлинике // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27333> (дата обращения: 03.09.2018).

4. Официальный сайт Госкорпорации «РОСАТОМ» URL:<http://www.rosatom.ru/social-respons/proekt-berezhlivaya-poliklinika> (дата обращения: 03.09.2018).

5. Официальный сайт комитета здравоохранения Волгоградской области. URL: <http://volgazdrav.ru/index.php/programmy/proekt-berezhlivaya-poliklinika/informatsionnye-materialy.html> (дата обращения: 22.10.2018)

ПРИЧИНЫ ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ БУДУЩИХ СТУДЕНТОВ-МЕНЕДЖЕРОВ*Ситникова Дарья Сергеевна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Соболева Светлана Юльевна

Выбор профессии – вопрос очень актуальный во все времена. Прежде всего стоит определиться, какое место в жизни абитуриент отводит профессиональной деятельности в данный момент, и как эта ситуация может измениться с годами.

В современных условиях существует не только огромный выбор специальностей, но и масса вариантов ухода в смежные области обучения без отрыва от производства, получения дополнительного заработка. Раньше люди выбирали себе вуз и профессию один раз и на всю жизнь. Сейчас в контексте с работой все чаще идет речь о наиболее полном раскрытии интеллектуального, творческого и личностного потенциала. Рамки расширились настолько, что очень легко растеряться – особенно молодым людям, которые еще не разобрались, к чему же их тянет больше всего. Хорошо, когда есть возможность опробовать разные варианты, присмотреться, получить хороший совет. Если такой возможности нет, остается руководствоваться общими принципами выбора [1].

В целях исследования причин выбора будущей специальности второго октября 2018 года был проведен социологический опрос среди студентов первого курса факультета социальной работы и клинической психологии направления подготовки «Менеджмент» Волгоградского Государственного Медицинского университета. В опросе приняли участие 31 человек.

В целом на курсе структура предпочтения настроения следующая: 40% опрошенных заявили, что выбрали данный университет по совету взрослых и друзей, 21% мечтали поступить именно в этот вуз, 3% поступили под воздействием рекламы, 6% поступили, потому что здесь обучались родственники, 28% ребят выбрали вариант другое, опрошенные выбрали этот вуз из-за интереса к самому направлению и большого количества бюджетных мест. Абсолютно не влияют на мнение первокурсников пройденные подготовительные курсы и близость к дому.



Далее на вопрос «Из какого источника вы узнали про специальность?» были получены следующие ответы: 35% узнали случайно, 23% опрошенных узнали про данную специальность из СМИ, 3% заинтересовались после посещения дня открытых дверей, во время профессиональной работы узнали 3% опрошенных, 35% выбрали вариант «другое». В основном ребята отметили, что про данное направление они узнали на сайте ВолгГМУ и от знакомых.

Отвечая на вопрос «Что привлекло вас в выбранной вами специальности», первокурсники отметили следующее: 55% заявили, что специальность понадобится в будущем, 27% - считают ее одной из самых престижных, 6% ребят выбрали случайно, 3%

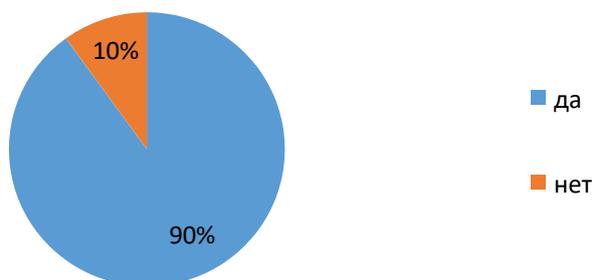


считают профессию одной из самых легких, 9% отметили другое, высказывая, что им эта специальность по душе.



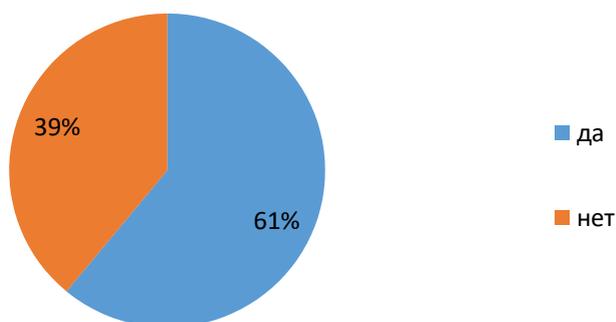
Ответы на вопрос «Сравнивали ли вы специальности в других вузах?» были распределены следующим образом: «да» ответили 90% опрошенных, всего 10% ответили «нет».

Сравнивали ли вы специальности в других вузах?



О соотношении стоимости обучения в ВолгГМУ и в других вузах абитуриенты ответили таким образом: 61% сравнивали стоимость обучения в вузах, 39% - не делали этого.

Сравнивали ли вы стоимость обучения в ВолгГМУ и других вузах?



На выбор профессии 58% ребят повлияло то, что специальность реализуется в медицинском университете. На 42% данный фактор влияние не оказал.

Подводя итог, можно сказать, что в основном ребята выбрали Волгоградский государственный университет по совету взрослых и друзей, про данную специальность большая часть узнали с сайта университета, в специальности привлекло ребят востребованность профессии в будущем, большая часть опрошенных сравнивали специальности в других вузах, и соотносили стоимость обучения. Это связано с общей экономической неблагоприятной обстановкой в стране. Так же большое влияние на ребят оказала реализация обучения именно в медицинском университете.

Список литературы

1. Принципы выбора профессии <https://www.kp.ru/guide/vybor-professii.html>

УДК 615

ДОРОГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИХ ДЕШЁВЫЕ АНАЛОГИ

Агаркова Дарья Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст.преп. кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ Шестакова

Ирина Валерьевна

Цель научной работы – изучить состав дорогих лекарственных средств и выявить их дешёвые аналоги.

Методы исследования: сравнение, наблюдение, опрос, анализ продуктов.

Введение

В любое время года организм человека может быть подвержен атакам разных вирусов. И не каждый из нас задумывается приходя в аптеку почему мы покупаем эти лекарственные средства, а не другие.

В аптечных сетях в России в первом полугодии 2018 года было продано лекарств почти на 10% больше, чем годом ранее, на 442,6 млрд рублей. Объем госзакупок лекарственных препаратов за этот период составил 170 млрд рублей.

Как известно существуют дорогие лекарственные средства и их дешёвые аналоги. Так почему же мы продолжаем покупать дорогие лекарственные средства, зная о существовании дешёвых? Почему медикаменты схожие по составу так сильно могут отличаться ценой? Какие лекарственные средства выгоднее продавать аптекам дорогие или дешёвые?

Практическая значимость: результаты исследования распространить среди жителей города и за его пределами

Проблема: зачастую мы покупаем дорогие(импортные) лекарственные средства, не задумываясь о том, что существуют дешёвые(отечественные) аналоги.

Гипотеза. Если дорогие лекарственные средства и дешёвые аналоги содержат одинаковый состав и обладают одинаковыми свойствами, то зачем переплачивать? Попробуем в этом разобраться.

Ожидаемые результаты: создание определённой базы, которой смогут пользоваться все люди, которые нуждаются в покупке лекарственных средств.

Теоретическая часть

Не только в сезон простуды, но и во время когда человек не болеет какими либо простудными заболеваниями. Бывает такое время, что люди нуждаются в мазях и кремах, которые тоже имеют свои аналоги, так как же быть людям, которые тратят большую сумму денег на покупку этих лекарственных препаратов.

Для начала разберёмся, что же такое оригинальный препарат, а что такое дженерик.

Оригинальный препарат — это совершенно новое вещество, впервые синтезированное, прошедшее полный цикл доклинических и клинических исследований лекарство, защищенное патентом. Дженерик (англ. generic, воспроизведённое лекарство) — это лекарство-копия, которое совпадает с оригиналом по количеству действующего вещества и влиянию на организм.

Чем они отличаются между собой оригинальный препарат и дженерик? Кроме цены, между этими двумя понятиями разницы особенной нет. Ведь эти препараты являются аналогами, а значит схожи и по составу, и по свойствам, и по действию, которое они оказывают на организм человека.

Практическая часть.

1. Анкетирование

Анкета-приложение №1

При написании исследовательской работы я провела опрос среди студентов.

В ходе опроса были получены следующие данные:

По какому принципу вы покупаете лекарственные средства?

65,4% ответили, выписал врач

33,3% ответили, совет родственников/друзей

1,3% ответили, реклама

При покупке лекарственных средств вы обращаете внимание на ...

59% ответили, на качество

41% ответили, на цену

Знаете ли вы о существовании аналогов дорогим лекарственным средствам?

97,4% ответили, да

2,6% ответили, нет

Доверяете ли вы дешёвым аналогам дорогих лекарственных средств?

75,6% ответили, да

24,4% ответили, нет

Чем отличаются дорогие лекарственные средства от их дешёвых аналогов?

75,6% ответили, ценой

24,4% ответили, качеством

Выводы: почти каждый препарат назначаемый врачами в медицинском учреждении имеет свой аналог. И дешёвые препараты и дорогие, обладая одними и теми же свойствами могут отличаться только ценой. Зачастую дорогие лекарственные средства могут быть подделкой, в такой случае от этого препарата не будет особого смысла, в то время как среди дешёвых препаратов встречаются меньше подделок. Замена дорогих лекарственных средств, может позволить человеку сэкономить на тех или иных необходимых ему средствах. В наше время человек сам может активно принимать участие в своём лечении. По закону врач указывает в рецепте не конкретный препарат, а МНН (международное непатентованное название), то есть активное вещество. Фармацевт обязан представить клиенту все препараты на основе данного действующего вещества всех ценовых категорий. И Вы выбираете сами.

Список литературы

1. <https://lifehacker.ru/generics/>
2. <https://infourok.ru/nauchnoissledovatel'skaya-rabota-dorogie-lekarstvennie-sredstva-i-deshevie-analogi-3221736.html>

УДК: 388

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФИНАНСОВОЙ ГРАМОТНОСТИ СТУДЕНТОВ

Бятец Дарья Юрьевна, Алтунина Ксения Юрьевна, студентки 1 курса
педиатрического факультета

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики
и менеджмента ВолгГМУ И.В.Шестакова

Введение: Молодежь – это тот фундамент, без которого невозможно построить будущее России. Повышение уровня финансовой грамотности среди населения страны поможет увеличить не только социально-экономический потенциал страны в целом, но и благосостояние каждого отдельного ее гражданина. Так как рынок медицинских услуг постоянно трансформируется и расширяется, появляются новые технологии и продукты, которые постепенно распространяются среди населения, среди них и высокорисковые. В результате люди приобретают медицинские товары не до конца понимая их истинное назначение, становясь финансово уязвимыми. Поэтому медицинским работникам приходится осваивать помимо основной профессии еще и косвенные, которые связаны с продажей товаров и услуг. Заметим, что актуальность проблемы развития финансового образования российской молодежи основана низким современным уровнем финансовой грамотности.

Цель: оценить уровень финансовой грамотности студентов и их отношение к повышению финансовой грамотности в вузах.

Материалы и методы: 1) анализ и синтез имеющейся литературы по данной тематике, 2) опрос (анкетирование) студентов, 3) статистический анализ.

Результаты: Первым в анкете был сформулирован вопрос: «Имеете ли вы представление о том, что такое финансовая грамотность?». 43% дали положительный ответ. 42% дали отрицательный ответ. 14% имеют неоднозначное представление.

Чтобы получить объективную оценку, респондентам был задан вопрос: «Знакомы ли вы с финансовыми инструментами?». При положительном ответе студентом предлагалось подобрать определения к некоторым понятиям. В список понятий входили: фондовый рынок, долевые бумаги, мультивалютный депозит. Как оказалось, большая часть студентов не

знакомы с финансовыми инструментами -52,1 %, а оставшиеся 47,9 % при сопоставлении терминов, имеют неоднозначные результаты.

Чтобы получить субъективную оценку финансовой грамотности респондентам был задан вопрос: «Считаете ли вы себя финансово грамотным человеком?». Интересно отметить, что лишь 6 % студентов считают свои навыки и знания в области финансов отличными. Имеют удовлетворительные знания и навыки 23%. Хорошие знания и навыки 18%. Неудовлетворительные имеют 22%. Нет знаний и навыков 26%. Затруднились ответить 4%. Помимо оценок ставилась цель выявления желания в повышении финансовой грамотности. Студентам был задан следующий вопрос: «Хотели бы вы повысить уровень своей финансовой грамотности?». 82,8 % опрошенных выбрали положительный ответ. Остальные 13,1 % отрицательный ответ. 4% затруднились ответить.

Пятым был указан вопрос: «Принято ли вами вести учет доходов и расходов?» На предложенные варианты ответов лишь 16,2% ведут учет всех средств, фиксируя все поступления и расходы. 17% ведут учет, но не фиксируют расходы и поступления. Наибольшее же количество респондентов- 35% учет не ведут, но в целом знают сколько получено и потрачено. 28% не только не ведут учет, но и не знают сколько в целом денег получено или потрачено.

Последний вопрос : «Приняли бы вы активное участие в мероприятиях повышения финансовой грамотности?», доказывает высокую заинтересованность студентов в повышении уровня финансовой грамотности и их желание участвовать в данных мероприятиях. 71,7% ответили положительно, 15,2% дали отрицательный ответ, 13,1% затруднились ответить на поставленный вопрос.

Вывод: Проведенное исследование выявило уровень финансовой грамотности студентов, а так же основные способы, использование которых позволит повысить эффективность развития финансовой грамотности. К тому же, анализ результатов социального опроса доказывает высокую заинтересованность студентов в повышении уровня финансовой грамотности и наличие желания принимать участие в мероприятиях. Усовершенствование и реализация программ финансовой грамотности позволит повысить уровень теоретических финансовых знаний среди студентов, а так же поможет оптимизировать свои сбережения, таким образом, способствуя социально-экономическому развитию страны.

Список литературы

Алифанова Е.Н., Евлахова Ю.С. Анализ методических подходов к разработке индикаторов финансовой грамотности населения

Дьяченко М.В. Стабилизационная финансовая политика государства: концептуальные представления

Паскевская Н.А. Анализ современных подходов к повышению финансовой грамотности молодежи // Актуальные вопросы экономических наук. 2008.

Зеленцова Л.В., Демидов Д.Н., Блискавка Е.А. Повышение финансовой грамотности населения: международный опыт и российская практика.

УДК 614

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Есина Валентина Витальевна

Россия, Пятигорский медико – фармацевтический институт

Научный руководитель: преподаватель Нисанова Полина Вячеславовна

Наиболее ярким индикатором степени социально-экономического развития общества являются показатели здоровья населения. Статистические данные последнего десятилетия свидетельствуют о снижении уровня рождаемости и продолжительности жизни, а также обеспеченности помощью населения со стороны здравоохранительной системы.

Актуальность данной проблемы заключается в ее жизненной важности для каждого человека. К сожалению, государственный бюджет значительно сократил возможность оказания бесплатного медицинского обслуживания.

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действуют две экономические формы оказания гражданам медицинской помощи. Первая — бесплатная, за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений. Вторая — платная, за счет средств граждан, предприятий и других источников. Источники финансирования здравоохранения в РФ подразделяются на внешние и внутренние.

Внешние источники:

- средства бюджетов различных уровней (бюджетное финансирование здравоохранения);
- средства фондов обязательного и добровольного медицинского страхования;
- средства, направленные в отрасль различными благотворительными фондами;
- лизинговые, ссудные и кредитные денежные средства, привлеченные из различных источников.

Внутренние источники медучреждений.

Главными источниками финансирования здравоохранения являются:

- доходы, полученные медучреждениями при предоставлении платных медуслуг;
- средства, полученные в результате экономии полученных бюджетных средств;
- средства, полученные в результате сдачи помещений медучреждений в аренду.

Основные источники, которые обеспечивают финансирование организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи населению на бесплатной и платной основе, представлены на рис. 1. Эти источники имеют различное происхождение, а также направления и способы расходования финансовых средств.

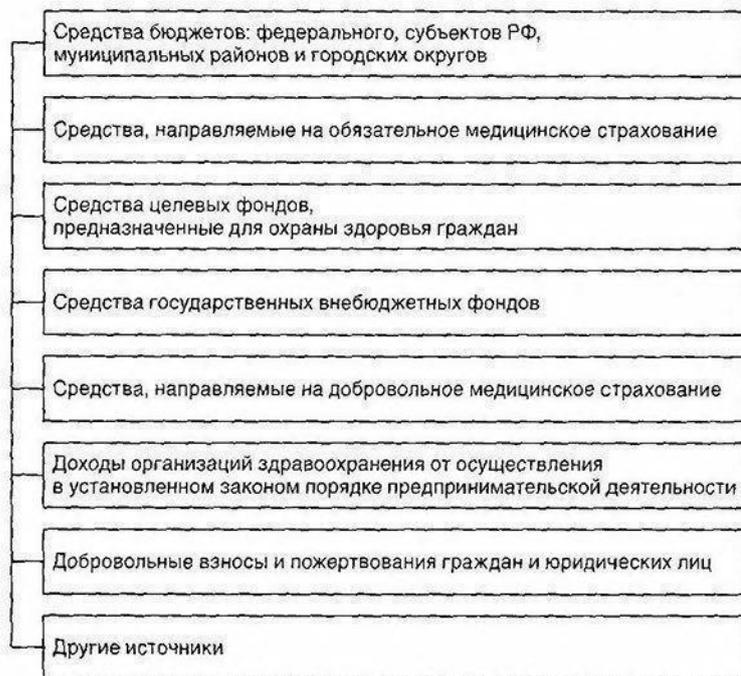


Рис.1 Источники финансирования здравоохранения в РФ.

Большинство организаций здравоохранения представлены бюджетными учреждениями, т.е. государственными (муниципальными) учреждениями, финансовое обеспечение которых, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) заданий, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов. Особенность большинства бюджетных организаций здравоохранения состоит в том, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (Российской Федерации, субъекта РФ, муниципального образования), так и за счет бюджетов государственных внебюджетных

фондов (Федерального и территориального фондов ОМС, Фонда социального страхования РФ, Пенсионного фонда РФ).

Однако, к сожалению, средства, выделяемые из бюджетов всех уровней на нужды здравоохранения, остаются крайне недостаточными. С переходом на принципы медицинского страхования и рыночные отношения бюджетные ресурсы перестали быть ведущим источником финансирования организаций здравоохранения, составляя, тем не менее, значительную часть общего объема ассигнований.

Например, в Ставропольском крае в 2018 году финансирование здравоохранения из краевого бюджета составляет порядка 7 млрд рублей.

Эти показатели озвучил губернатор Ставропольского края Владимир Владимиров в своём ежегодном послании.

По мнению главы региона, перед властями в решении проблем здравоохранения стоит три задачи.

1. Увеличение доступности медицинских учреждений первичного уровня.

Пока что нам не хватает поликлиник и врачей, но регион постепенно решает эту проблему, – сказал Владимир Владимиров. Недавно в юго-западном микрорайоне Ставрополя открыли новую поликлинику. В планах – до Нового года построить 5 новых фельдшерско-акушерских пунктов в сёлах. Губернатор отметил, чтобы полностью решить эту проблему, нужны новые подходы. Региону есть здесь на что опереться: в 2017 году в крае начали масштабную реконструкцию учреждений здравоохранения. Из бюджетов 2017-2018 годов выделено более 1 млрд. рублей на капитальный ремонт в 46 медицинских учреждениях.

На территории Ставропольского края реализуется проект “За здоровье”. В 2018 году он предусматривает более 850 выездов бригад медиков в удалённые посёлки. В 2017 году в рамках проекта врачи провели 960 тысяч осмотров. У почти 5 тысяч человек они выявили заболевания, 757 из них направили в стационары.

2. Развитие высокотехнологичной медицинской помощи.

По мнению главы региона, узкие специалисты должны быть доступны всем, кто в них нуждается. Президент Владимир Путин поддержал инициативы края по развитию системы онкологической помощи на Ставрополье. Проработкой этого вопроса занимается региональное правительство. Губернатор призвал обратить особое внимание проекту регионального онкодиспансера. В 2018 году должны быть завершены бюджетное планирование и проектно-сметная документация.

3. Устранение кадрового голода, в первую очередь, в малых населённых пунктах. В 2018 году в рамках программы “Земский доктор” на работу в сёла приедут 80 врачей.

Таким образом, важным источником финансирования здравоохранения в современных условиях предполагает возможность применения нового источника финансирования – софинансирования. Главный аргумент, который приводится сторонниками софинансирования – население страны больше болеет и постепенно стареет, тогда как цены на современные медицинские технологии продолжают расти. В связи с этим, необходимо оставить минимальный набор бесплатных медуслуг, за другие будут доплачивать сами пациенты.

Список литературы

1. Вялков, А. И. Финансовые ресурсы как фактор управления качеством в ЛПУ [Текст] / А. И. Вялков, Н. К. Демчева, В. И. Михайлов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2017. - № 4. - С. 66-73

2. Русак Н.А. Финансовый анализ субъекта хозяйствования: Справочное пособие /Н.А. Русак, В.А. Русак. - Минск: Высшэйшая школа, 2014

3. Экономика здравоохранения / Под ред. А.В. Решетникова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2013. - 272 с.

4. <http://stv24.tv/novosti/vladimir-vladimirov-vydelil-tri-napravleniya-razvitiya-zdravooxraneniya-v-stavropolskom-krae/>

5. Вялков, А. И. Формирование финансовых затрат на оказание медицинской помощи в ЛПУ [Текст] / А. И. Вялков, Н. К. Демчева, В. И. Михайлов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2017. - № 4. - С. 62-65.

2. РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ

УДК 36:614.2

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Фингер Дмитрий Торstenович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель к. э. н., доцент Кукина Елена Николаевна

На сегодняшний день для отечественного здравоохранения имеются две приоритетные тенденции развития: первое – целевые показатели уменьшения летальности населения, второе – увеличение заработной платы работников медицины.

Однако поставленные задачи выполняются в сложной макроэкономической ситуации: снижаются темпы роста экономического развития, происходит ослабление курса национальной валюты, и как следствие, ощущается снижение финансирования системы здравоохранения со стороны государства. Обязательным условием развития отрасли также является сохранение общедоступности предоставления бесплатных качественных медицинских услуг для граждан нашей страны.

Правительством РФ предприняты программы, направленные на улучшение эффективности оказания медико-санитарной помощи гражданам, модернизирована система обязательного медицинского страхования. Сделаны существенные шаги в оптимизации оказания медицинской помощи в некоторых направлениях.

На сегодняшний день имеется существенная необходимость пересмотреть размеры оплаты труда медицинского персонала, увеличить базовый оклад, рассчитываемый по уровню квалификации сотрудников здравоохранения, в связи с их недовольством получаемым жалованием.

Согласно «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012– 2018 гг.» [1], одним из путей выхода для повышения жалования врачам, должна стать реорганизация неэффективных ЛПУ с развитием медицинских услуг, приносящих прибыль. По расчётам НИУ ВШЭ при сохранении прежнего количества сотрудников, данный метод мог бы составить 10,5 % прироста требуемых средств для оплаты труда работников сферы здравоохранения [2]. Предполагается также проведение перестройки структуры предоставляемых медицинских услуг, развитие платной основы их оказания.

В 2011-2015 гг. большому реформированию подверглась система ОМС, благодаря чему удалось достичь упрочнение путей поступления денежных средств, что позволило уравнивать расхождение размеров государственного финансирования медицинской помощи гражданам в различных субъектах РФ. Существенным результатом данной модернизации стало финансирование ЛПУ из единого источника – из средств ОМС, а не из средств ОМС и государственного бюджета, как было до модернизации.

На сегодняшний день создаются предпосылки к улучшению результативности системы здравоохранения за счёт нововведений: внедряется система оплаты медицинских услуг в стационаре за законченные случаи лечения, классифицированные в клинико-статистических группах, вводится дополнительное медицинское страхование ОМС+ [3].

Для уменьшения летальности населения, правительством Российской Федерации введён ряд мер по демографической политике до 2025 года [4].

Основным направлением развития политики здравоохранения надлежит стать упор на развитие новых технологий как в медицине, так и в сфере информационных технологий, внедрение структурных изменений и создание интегрированного здравоохранения, укрепление кадрового потенциала, создание благоприятного инвестиционного фона для внедрения новых технологий.

Также необходимым действием для долгосрочной перспективы развития отрасли должно явиться консолидация первичной медико-санитарной помощи. В сравнении с рационализаторскими действиями, такими как закрытие ЛПУ и сокращение их потенциала, усиление первичной медико-санитарной помощи многократно улучшит эффективность использования ресурсов имеющихся в наличии. Данные меры не потребуют серьёзного финансирования, а результат данного новшества окажет положительный результат в ближайшей перспективе.

Целесообразно в корне пересмотреть позиции по перспективным курсам развития здравоохранения: ужесточить инспекцию лекарственных препаратов и расходных материалов, необходимых для оказания медицинской помощи; внедрить новые методы оплаты по системе тарифов ОМС; продлить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению; пересмотреть распределение объёмов оказываемых услуг в сфере здравоохранения с учётом действительных издержек в отдельных ЛПУ; продолжить прогрессирование субсидирования системы здравоохранения на основе страховых принципов. За прошедшие пять лет отечественное здравоохранение столкнулось с серьёзной дилеммой: как улучшить свою результативность без увеличения субсидирования со стороны государства? Для реализации данной дилеммы необходимы серьёзные перемены как в формировании оказания самой медицинской помощи, так и в механизмах её финансирования. Уменьшение объёма работы участковыми врачами, интеграция медико-технологических связей между отдельными медицинскими службами, преемственность лечения на разных этапах — вот наиболее перспективные задачи, подобающие новой экономической ситуации и не требующие существенных инвестиций, но способные принести стремительный и заметный эффект.

УДК 65.012.7

ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Виктория Подуруева-Милоевич

Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоградский институт управления – филиал РАНХиГС

За последние годы достаточно много сделано для развития здравоохранения и, как результат, наблюдается увеличение продолжительности жизни, снижение смертности от сердечно-сосудистых и других заболеваний. Тем не менее, система отечественного здравоохранения характеризуется рядом проблем:

- **дефицит кадров**

Состояние материальной базы после запуска национальных проектов улучшилось, но именно медицинские кадры всегда являлись главной и неотъемлемой частью ресурсов в системе здравоохранения. Несмотря на все технические инновации, в сфере медицины ценились всегда именно личные качества врача, но для этого должны создаваться все необходимые условия для их достойной работы.

- **медицинское образование**

Проблема, которая также имеет место быть – устаревшая система подготовки кадров, как врачей, так и в особенности управленцев, работающих в социальной сфере. В условиях дефицита кадров должно происходить непрерывное медицинское образование. С появлением современной медицинской техники, новейших методов исследования и лечения и в условиях дефицита кадров сложно отпустить главного врача на обучение на 2-3 месяца. Применяя и развивая дистанционное образование, следует использовать его для тех специалистов, которые уже имеют стаж работы и владеют определенными практическими навыками, и в случае с выпускниками медицинских вузов его нужно применять более чем осторожно.

- **несоответствие системы повышения квалификации медицинских кадров потребностям практического здравоохранения и международным стандартам.**

Главной особенностью нашей отечественной медицины является ее профилактическая направленность. Известно, что болезнь легче предупредить, чем лечить. Поступают различные предложения, как например, прямое взаимодействие с фондом обязательного медицинского страхования в обход страховым компаниям и т.д. Существующая система ОМС имеет ряд серьезных изъянов, преодоление которых требует изменений самой модели ее существования. Изъяном можно считать несбалансированность программ ОМС с размерами страховых платежей. Система ОМС аккумулирует только 41,9% совокупного объема государственного финансирования в сфере здравоохранения. [1]

Прежде всего, эта проблема вызвана невыполнением субъектами РФ и органами местного самоуправления обязательств по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме, но необходимо заметить, что в последние годы обозначилась тенденция увеличения размеров взносов на неработающее население, но ситуации это кардинально не изменило.

Таким образом, значимой проблемой обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи является значительная дифференциация размеров государственного финансирования в системе здравоохранения. Существующие экономические механизмы в сфере здравоохранения не создают у ее участников стимулов к повышению эффективности использования общественных ресурсов.

- **неурегулированность в вопросах с клиническими базами вузов и ведением сотрудников кафедр клинической деятельности на базе государственных и муниципальных медицинских образований**

Предполагаемое внедрение дополнительных государственных гарантий обязательно должно быть согласованно со встречными обязательствами граждан, а именно, ведением здорового образа жизни, регулярным прохождением профилактических осмотров, исполнением рекомендаций лечащего врача.

- **рост платных услуг**

Размеры государственного финансирования здравоохранения, сократившиеся более чем на треть в 90-е годы, стали увеличиваться с 2000 года, но не достигли уровня пятнадцатилетней давности. Произошел разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условиями получения медицинской помощи. Финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на самих граждан и работодателей. Расходы населения на лекарственные средства и медицинские услуги растут высокими темпами.

Рост платных медицинских услуг усиливается, несмотря на увеличение государственного финансирования за последние годы. Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. Подход к финансированию государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам не дают возможности четко определить зависимость оплаты и качества медицинской помощи, которая, по сути, должна предоставляться населению бесплатно.

- **дефицит лекарственных средств и рост цен на них**

Во избежание коррупции и иных негативных моментов, необходимо закупать и распределять лекарственные препараты централизованно и граждане всех регионов РФ в равной степени должны иметь доступ и возможность их получить. Как известно, существуют дотационные субъекты, в которых достаточно проблематично обеспечить граждан, нуждающихся в дорогостоящих лекарствах.

Пути решения проблем в здравоохранении:

- **повышение социального статуса медицинских работников**

Необходимо улучшать условия труда врачей, что и будет способствовать здоровью населения, таким образом, укрепляя само государство. Сильное государство возникает лишь тогда, когда его граждане здоровы.

Несомненно, качество оказания медицинской помощи не может быть выше уровня полученного образования. Именно поэтому медицинское образование заслуживает пристального внимания и реформирования. Возникает вопрос в низком уровне обучения. Дело в том, что социальный статус преподавателя, обучающего будущих специалистов-медиков, также низок, как и социальный статус врача. Отсюда и низкая мотивация руководителей и работников к улучшению качества работы.

- **интеграция в лечебный процесс сотрудников клинических кафедр медицинских вузов**

Если сотрудник медицинского ВУЗа не является работником медицинского учреждения, то сделать это представляется сложным, но существуют пути решения – в условиях дефицита кадров главный врач может оформить сотрудника на половину или четверть ставки.

- **повышение заработной платы, базовых оплат**

Увеличение расходов на здравоохранение позволит обеспечить преодоление отставания средней заработной платы работников в сфере здравоохранения от средней по области.

Введение социальных и иных льгот хорошо работающим медицинским работникам (премии, оплата коммунальных услуг, более широкое использование присвоение почетных званий и социальных поощрений).

- **развитие государственно-частного партнерства**

На сегодняшний день наблюдается тенденция привлечения частного бизнеса как дополнительного источника инвестиций с более эффективной системой управления и оптимизированными расходами. Предполагается также, что частный сектор привлечет в сферу здравоохранения инновации. Развитие ГЧП позволяет государству приобрести экономически эффективных партнеров, мобилизовать дополнительный источник инвестиций, а также повысить мотивацию партнеров к оптимизации расходов и появлению в связи с этим возможности «технологического прорыва» в медицинской сфере (пример: открытие современного диализного центра в Кировском районе). [2]

Таким образом, реформирование системы здравоохранения – насущная необходимость, требующая повышения уровня здоровья нации, сохранения социальной стабильности в обществе, повышения качества медобслуживания до уровня развитых стран, оптимизации государственных расходов при повышении эффективности инвестиций, уменьшения структурных диспропорций.

Список литературы

1. Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения в Российской Федерации <http://rosmedstrah.ru/articles.php?id=512&show=1&theme=7>
2. <http://xn--b1ats.xn--80asehdb/news/zdorove/byt-zdorovym-5733298208.htm>

УДК 368

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Калашикова Дарья Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры

экономики и менеджмента ВолГМУ Аракелова Ирина Владимировна

Настоящее состояние отечественной системы обязательного медицинского страхования неизбежно заставляет задуматься о ее состоятельности и, как следствие, о возможности отказа от нее и перехода на иную систему финансирования отрасли.

Проблем медицинского страхования в России несколько:

1) Проблема политическая – существует политическое намерение реформировать медицинское страхование, высказываемое в ежегодных посланиях Президента Федеральному Собранию РФ. Решения по данной проблеме нет.

2) Проблема экономическая – отрасль медицинского страхования получает недостаточное финансирование.

3) Проблема социальная – вытекает, непосредственно, из проблемы экономической: недостаточность финансирования влечет за собой ухудшение качества предоставляемых медицинских услуг. Следовательно, решив проблему экономическую, можно повысить, как и качество предоставляемых услуг, так и удовлетворенность населения этими услугами.

В складывающейся ситуации Министерство здравоохранения планирует внедрить новую систему организации медицинской помощи, а также подключить дополнительные источники ее финансирования. Гражданам в дополнение к обязательной медицинской страховке, будет предложено докупить пакет услуг в виде полиса ОМС+. Предполагается, что обладателям такого полиса будут доступны повышенные в качестве сервисные услуги, чего не получит «бюджетный» больной, которого лечат по системе госгарантий.

В целях обеспечения сбалансированности финансовой системы обязательного медицинского страхования Минфином России предлагается введение соплатежей пациентов за часть видов медицинской помощи для всех неработающих граждан, определенных пунктом 5 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», кроме детей, пенсионеров и зарегистрированных безработных из расчета 18 % от тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются федеральным законом (18 864,6 рубля).

Это означает, что для получения медицинской помощи неработающие должны будут купить полис за свой счет. Напомним, что указанный пункт 5 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что к неработающим гражданам относятся:

- а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
- б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
- в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
- г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством в центре занятости;
- д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
- ж) иные не работающие по трудовому договору, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Безусловно, необходим более углубленный анализ возможных негативных последствий реализации предложений Минфина России и выработка мер по их предотвращению. Тем не менее, в целом комплекс предложений Минфина России представляются логичными и оправданными. И рассматривать их нужно в комплексе, не вырывая из контекста только введение соплатежей.

Новая система финансирования больниц по группам заболеваний спровоцировала искажение диагностики в сторону более выгодных тарифов. Врачи подтверждают, что манипуляции распространены, и уверяют, что иначе работать нельзя. Один из самых ярких примеров — профессиональные заболевания, которые не финансируются по обязательному медицинскому страхованию во всех регионах России, кроме Татарстана и Кировской области, где специализированные центры договорились с региональными фондами ОМС. Решением данной проблемы было бы отнесение этих заболеваний к списку социально значимых, лечение которых финансируется из бюджета.

Многие врачи, при лечении профессиональных заболеваний, считают не правильным, что по правилам ФОМС нельзя лечить одновременно несколько заболеваний, а профессиональные болезни редко возникают в одиночку.

Существующая архитектура ОМС осталась в советской шинели: она основана на приписном (в отношении пациентов) и распределительном (в отношении денег) принципах работы. В первичном звене пациент на год приписывается к поликлинике, которая получает деньги на год вперед за каждого прикрепленного. Минус для пациента в том, что, получив годовое финансирование на всех прикрепленных, поликлиника с финансовой точки зрения заинтересована, чтобы ни один пациент к ним не пришел (расходов будет меньше): деньги же уже получены. Нет готового образца, по которому можно было бы выстроить новую архитектуру ОМС в России.

Список литературы

1. Федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ (ред. от 01.12.2014) «О размерах и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»
2. Федеральный закон от 01.12.2014 № 387-ФЗ (ред. от 20.04.2015) «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 и на плановый период 2016 и 2017 годов»
3. Федеральный закон от 14.12.2015 № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год»
4. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993)
5. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 01.12.2014) «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015)
6. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Официальный сайт. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ffoms.ru/>

УДК 76.01.09

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА

Павлов Даниил Олегович

Россия Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: сст.преп. кафедры экономики
и менеджмента ВолГМУ Шестакова Ирина Валерьевна

Земская медицина — форма медико-санитарного обеспечения главным образом сельского населения, возникшая в России после отмены крепостного права (с 1864 г.). В 1864 г. в Российской империи началась земская реформа, вводившая новые органы самоуправления в сельской местности — земства. В 34 (из 89) губерниях и их уездах создавались всеобщие, выборные представительные органы местного самоуправления. Ведущая роль в земствах принадлежала местному дворянству.

Земская реформа явилась продолжением реформы 1861 г., отменившей крепостное право в России. До 1864 г. медицинская помощь сельскому населению России практически не оказывалась. Больницы были в основном в губернских и уездных городах. Уровень медицинской помощи в этих больницах был чрезвычайно низким.

«Положение о земских учреждениях» (1864 г.) не включало в число обязательных повинностей земства «попечение о народном здравии». Однако опасность возникновения эпидемий и высокая смертность трудоспособного населения побуждали земскую администрацию проявлять заботу о медико-санитарном обслуживании сельского населения. Уездные земства стали приглашать врачей, и очень скоро забота о народном здравии вышла в бюджетах земств на первое место, составляя до 40 % всех расходов. Так возникла земская медицина.

И заслуга русского земства состояла в том, что оно сумело создать совершенно новую оригинальную по всей своей постановке и строю систему общественного обслуживания населения медицинской помощью. Интерес, с которым отнеслись на Западе к русской земской медицине, лучше всего свидетельствовал об оригинальности и внутренней ценности этой системы врачебно-санитарного обслуживания населения, писал в 1913 г. Захарий Григорьевич Френкель (1869-1970 гг.) — санитарный врач, гигиенист, впоследствии академик АМН СССР (1945 г.).

Заслугой земской медицины является и то, что она оказала значительное влияние на развитие русской медицинской науки, способствуя внедрению в нее идей общественной профилактики.

После октябрьской революции 1917 года на месте Российской Империи было создано совершенно новое государство с иными принципами развития и уникальной социалистической идеологией. С появлением нового государства появился первый нарком здравоохранения РСФСР Николай Александрович Семашко. Он предложил новый принцип организации здравоохранения “Пирамида Семашко”, который укоренил земскую медицину.

В 2012 году Правительство задумалось о проблеме недостатка кадров в деревнях и была предложена программа “Земский доктор”. Согласно принятому Правительством законопроекту, молодые специалисты в возрасте до 25 лет могли получить финансовую помощь в размере 1 миллиона рублей при условии, если отправятся работать в село. Толчком для запуска программы стало ухудшение кадровой проблемы медицинских работников в деревнях. В 2011 году количество врачей в селах сократилось на 4%. Во многих небольших населенных пунктах порой врачей не было совсем, поэтому людям приходилось самостоятельно ехать в районный центр. Дорога могла занимать от 40 минут до 2 часов. Молодые специалисты не спешили ехать работать в отдаленную сельскую местность из-за низкой зарплаты и отсутствия жилья. Программа «Земский доктор» стала своеобразным стимулом, поскольку одноразовая выплата в размере миллиона рублей позволяет приобрести или возвести собственное жилье.

По условиям программы «Земский доктор» врачи, которые уезжают работать в сельскую местность, получают выплату в размере одного миллиона рублей. Законодательной базой предусмотрены такие условия оказания помощи сельским докторам:

-) Рассчитывать на одноразовую выплату могут специалисты с дипломом о высшем образовании. Также они обязаны пройти ординатуру.

-) Возраст доктора должен быть не более 50 лет. Стаж значения не имеет. Рассчитывать на финансовую помощь могут даже доктора сразу после завершения ординатуры.

-) Человек не должен иметь собственного жилья в населенном пункте, в который он едет работать.

-) Доктор обязан отработать в больнице не менее 5 лет. В случае расторжения трудового договора или увольнения врач обязан вернуть выплаченные средства в полном объеме.

-) Врач может перевестись работать в другой населенный пункт в пределах региона или района по согласию работодателя, с которым подписан трудовой договор.

Если женщина-врач, получившая деньги после переезда, уходит в декрет, деньги ей возвращать не придется. За ней сохраняется рабочее место, а значит, трудовой договор не прерывается. Если молодой врач вынужден уйти в армию, то после возвращения, он должен решить возобновлять ли работу на прежнем месте или возвращать выплаченные деньги. В 2012 году целью программы было обеспечение кадрами удаленных регионов, например Дальнего Востока, Сибири. Позднее в их перечень добавился Крым. Сегодня вся страна участвует в проекте. Также в России появилась дополнительная программа «Земский фельдшер». Это региональная инициатива, созданная по аналогии с федеральной программой. Не все регионы участвуют в проекте, а только подавшие заявку на его реализацию на своей территории. Фельдшер может рассчитывать на сумму в 500 тысяч рублей. Выделением денег заведует местный Минздрав. Для участия в программе направляется пакет документов и ожидается решение. В случае положительного ответа, средства поступают через 30 дней после

заключения договора. Выделенную сумму можно потратить на свое усмотрение, например, приобрести жилье или автомобиль. Обязательное условие для использования денег – отработка по контракту не менее 5 лет.

Правительство России регулярно подводит промежуточные итоги влияния подъемных на медицинское обслуживание жителей села. Выводы делаются в основном положительные. По данным статистики, более 25 тыс. специалистов уже переехало в деревню, воспользовавшись подъемными для приобретения жилья. Только в Волгоградской области за последние несколько лет свободные вакансии заняли почти 400 врачей и фельдшеров. В этом году еще 120 уже подали заявки. Некоторые субъекты федерации полностью обеспечили сельских граждан квалифицированными медиками. С учетом положительных результатов программы принято решение продлить ее действие на 2020 года.

Исторический опыт земской медицины показывает, что земские медики в труднейших условиях провели огромную, созидательную работу. Врачебный участок, явившийся основной организационной формой земской медицины. Крупнейшей её заслугой было то, что земскую медицину рекомендовали в 1934 году гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам, для организации медпомощи сельскому населению. Чрезвычайно важна роль земской медицины в развитии здравоохранения. В наши дни опыт земской медицины остается примером при разработке систем и программ здравоохранения.

Список литературы

1. Гармиза В.В. Подготовка земской реформы 1864 г. М., 2015
2. Лаптева Л.Е. Земские учреждения в России. М., 2013.
3. Лаптева Л.Е. Шутов А.Ю. Из истории земского и городского сословного самоуправления. М., 2010.
4. Dijk, van T. (1998) Ideology: A Multidisciplinary approach. London: Sage Publications.
5. Karasik, V.I. (2014). Yazykovoy krug: lichnost', kontsepty, diskurs [Language circle: personality, concepts, discourse]. Moscow: Gnozis
6. Lakoff, G. & Johnsen, M. (2013) Metaphors we live by. London: The University of Chicago Press.

УДК 331.108:334.02:61

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ КАК ВАЖНЕЙШИЙ РЕСУРС ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Киселёва Ирина Николаевна, Алексеева Наталья Викторовна

Россия, Ставропольский государственный медицинский университет

Успешное решение стоящих перед системой здравоохранения задач в высшей степени зависит от профессиональной компетентности и подготовки медицинских кадров. В обеспечении доступности, повышения эффективности и улучшения качества медицинской помощи населению, усиление её профилактической направленности важнейшая роль отводится персоналу среднего медицинского звена. В новых условиях функционирования системы здравоохранения России ставятся и иные требования к организации деятельности среднего медицинского звена, функции и ответственность которого значительно расширены.

Персонал является важнейшим ресурсом любой организации. Но, несмотря на отчётливо прослеживаемую тенденцию повышения интереса к вопросам управления кадровым потенциалом в целом, теоретическое осмысление и практическое решение их в отрасли здравоохранения только начинается, а современные направления их развития диктуют необходимость разработки научных и внедрению практических разработок в этой области. Учитывая это, возникает необходимость превратить управление персоналом медицинских учреждений в целостную систему на основе соответствующей стратегии, в которой различные меры работы с кадрами сопряжены по содержанию и времени.

Среднее медицинское звено является важнейшей составной частью системы здравоохранения и обладает существенными неиспользуемыми возможностями в решении проблемы удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи. Современное состояние кадрового потенциала среднего медицинского звена является одним из показателей, определяющих качество оказания медицинской помощи, которое непосредственно зависит от уровня профессиональной компетентности конкретного медицинского работника, мотивации к труду, умения планировать и прогнозировать свою деятельность и нести ответственность за принимаемые решения [1].

В структуре оценки качества предоставления медицинской помощи, профессиональная деятельность среднего медицинского персонала выступает важнейшим показателем эффективности проведения лечебных мероприятий. В этой связи основным условием повышения эффективности качества оказания медицинской помощи является создание оптимальных условий для мотивированного труда среднего медицинского персонала. Говоря о мотивации персонала учреждений здравоохранения, необходимо признать, что в настоящее время финансовая мотивация – это практически единственный мотивирующий фактор. Но, в массовом сознании закреплено, что профессия врача и медицинской сестры рассматривается как побуждаемая внутренними мотивирующими факторами, лежащими в сфере духовных представлений и морально-этических связей. Именно эти факторы вдохновляют людей медицинских профессий работать с полной отдачей, что зафиксировано и в соответствующих документах, в частности в «Этическом кодексе медицинской сестры», где подчеркивается, что этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие.

Деятельность медицинских работников относится к тем видам труда, где требуется разносторонняя образованность и обязателен процесс непрерывной профессионализации, так как выполняются сложные по структуре и технике исполнения действия [2]. Медицинский персонал относится к дорогостоящим ресурсам и требует больших затрат на подготовку квалифицированных специалистов. В отличие от большинства других трудовых ресурсов, ценность которых со временем снижается, ценность кадровых ресурсов в системе здравоохранения с накоплением профессионализма и опыта только увеличивается.

На сегодняшний день прослеживается тенденция оттока медицинских кадров из государственной системы здравоохранения в частные клиники, что во многом определяется уровнем заработной платы, качеством и условиями труда медицинских работников среднего звена [3]. Высокий уровень оплаты и условия труда в частных клиниках являются привлекательными для перетока в этот сектор медицинского персонала средней квалификации. Сегодня частный сектор не испытывает дефицита кадров, в то время как нехватка медицинского персонала в общественном здравоохранении является хронической проблемой. Можно сказать, что государственные лечебно-профилактические учреждения являются кузницей кадров для частной медицины [4]. Для решения этой проблемы руководителям государственных учреждений здравоохранения необходимо заинтересовать людей в выборе и сохранении верности своему рабочему месту, создав необходимый уровень мотивации труда, интереса к хорошему выполнению своих обязанностей, удовлетворенности своей работой, добиваясь высокого качества предоставляемых услуг.

Таким образом, можно отметить, что персонал среднего медицинского звена играет очень важную роль в системе здравоохранения. Но за последние несколько лет проблема обеспеченности средними медицинскими кадрами обозначилась достаточно резко. За последние несколько лет проблема обеспеченности средними медицинскими кадрами государственных лечебно-профилактических учреждений обозначилась достаточно резко. Недостаточная профессиональная ориентированность обучающихся, низкий уровень заработной платы, неэффективное использование среднего медицинского персонала и отсутствие мотивации в работе приводят к систематическому выбыванию из профессии подготовленных специалистов, что приводит к серьезным экономическим и социальным

последствиям. Кадровый дисбаланс ведет к серьезным экономическим последствиям и требует незамедлительного принятия серьезных мер для исправления сложившейся ситуации. Основные направления решения и реализации проблем кадрового обеспечения работниками среднего медицинского звена опираются на формирование кадровой стратегии, как необходимого элемента, нацеленного на гармонизированное соответствие объема подготавливаемых сестринских кадров с потребностью в них. Укрепление первичного звена системы здравоохранения на основе поддержки сестринского медицинского персонала с расширением выполнения ими ряда врачебных функций, социальная поддержка и защита трудовой деятельности медицинской сестры сможет поддержать социальный престиж и повысить статус медицинских профессий среднего звена.

Список литературы

1. Бочкарев, А.А. Трудовая мотивация как проблема социальной философии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://refleader.ru/jgernapolatyjge.html>
2. Коротков А.В., Синяева И.М. «Основные элементы системы управления персоналом» Под ред. Короткова А.В., Синяевой И.М. – Управление маркетингом. – 2015 г. – 312 с.
3. Ключева, Н.В. Перфилов В.П. Мотивация персонала государственных медицинских учреждений на этапе модернизации российского здравоохранения // Сборник научных трудов Sworld. - 2011. - Т. 14. - № 4. - с. 64-68.
4. Михайлова Ю.В. Актуальные вопросы кадрового обеспечения организаций системы здравоохранения. Справочник / Ю.В. Михайлова и др. М.: ММППК, 2010. – 125 с.

УДК 614.2

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Лавлинсков Сергей Алексеевич

Россия, Волгоградский государственный университет

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

Обеспечение эффективного функционирования системы здравоохранения является одним из важнейших направлений государственной политики, а право населения на охрану здоровья и получение медицинской помощи закреплено в Конституции РФ, федеральных законах и иных нормативно-правовых актах. Это обуславливает необходимость непрерывного развития системы здравоохранения, её совершенствования, повышения качества и доступности медицинских услуг для населения.

Современный этап реформирования был запущен в конце 2014 г. вместе с опубликованием «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.». Согласно стратегии, добиться максимального уровня развития здравоохранения можно путём создания «Национальной системы здравоохранения», включающей в себя все медицинские службы и организации, которые будут работать в рамках единого нормативно-правового поля и под единым контролем, включая государственный, экспертный и общественный [1].

В качестве приоритетных направлений стратегии были определены следующие:

- совершенствование программы государственных гарантий;
- развитие обязательного медицинского страхования и расширение страховых принципов;
- развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении и т.д.

Оценка проводимой в стране реформы здравоохранения была отражена в докладе комиссии Счётной палаты РФ. В результате проверки выяснилось, что оптимизация системы здравоохранения осуществлялась регионами без единой методологии оценки неэффективно работающих организаций здравоохранения, расчёта необходимой медицинской помощи и потребности в ресурсах.

Реализация реформы предусматривала сокращение численности больничных и амбулаторных медицинских организаций, в общей сложности в мероприятиях по оптимизации предполагалось задействовать почти тысячу медицинских учреждений. Также значительно был сокращён коечный фонд, в основном за счёт закрытия в сельских больницах специализированных отделений и их дальнейшего перевода на уровень межрайонных и областных больниц.

Вместе с сокращением медицинских организаций произошло и снижение численности медицинского персонала, что не соответствовало сложившимся потребностям регионов: наблюдалась нехватка медицинских работников при увеличении численности населения, нуждающегося в медицинских услугах.

Кроме того, проверка установила, что доступность медицинских услуг снизилась, наиболее сильно это ощутили жители сельских поселений и регионов с низкой плотностью населения. В докладе было отмечено, что по состоянию на весну 2015 г. в 17,5 тыс. населенных пунктов полностью отсутствует медицинская инфраструктура, значительная часть из них находится на отдалённом расстоянии от ближайшей медорганизации, а 35% из них вовсе не обеспечены общественным транспортом [2].

В ряде регионов зафиксированы превышения в сроках ожидания оказания медицинской помощи в 2 и более раз. Увеличилось число отказов в вызове скорой медицинской помощи и безрезультатных вызовов, когда помощь не была оказана. Возросла и внутрибольничная летальность.

Таким образом, со стороны Счётной палаты РФ реформе была дана неоднозначная оценка, поскольку её результатом стало увеличение смертности, снижение качества и доступности здравоохранения, рост объема платных медицинских услуг. Министерство здравоохранения РФ выразило иную точку зрения и заявило, что качество медицинских услуг в ряде регионов повысилось, а большая часть высокотехнологичной медицинской помощи оказывалась в региональных медицинских центрах, число которых увеличилось.

Действительно, в рамках реализации реформы были созданы современные многопрофильные медицинские центры во многих крупных городах России, однако их доступность широким слоям населения не обеспечивается, поскольку они предоставляют услуги преимущественно на платной основе.

Дальнейшее развитие системы здравоохранения будет осуществляться в соответствии с программой «Развитие здравоохранения», принятой в декабре 2017 г. и направленной на улучшение показателей деятельности сферы здравоохранения путём внедрения современных медицинских стандартов и технологий, совершенствования кадрового состава, развития образования и науки в сфере здравоохранения [3].

В качестве основных целей государственной программы выделены: увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, снижение смертности населения в трудоспособном возрасте, снижение смертности от болезней системы кровообращения, а также от новообразований (в том числе злокачественных) и повышение удовлетворённости населения качеством медицинской помощи.

Структура программы состоит из семи приоритетных и трёх ведомственных проектов, а также девяти направлений (подпрограмм), по которым будут проводиться мероприятия.

В процессе реализации программы предполагается создать условия для снижения уровня смертности населения, повысить качество предоставляемых в сфере здравоохранения услуг и уровень удовлетворённости населения качеством помощи, сделать медицинскую помощь доступной для всех граждан, независимо от места проживания, осуществить разработку и внедрение инновационных технологий и продуктов, повысить уровень квалификации и общественного престижа медицинских профессий, мотивировать население на ведение здорового образа жизни и борьбу с пагубными привычками.

Необходимость дальнейшего реформирования очевидна, однако должен измениться сам принцип разработки и реализации мероприятий по развитию здравоохранения. Федеральные органы власти в лице Правительства и Минздрава не должны ограничиваться

лишь стратегией с определением приоритетных направлений развития и общим планом действий. Следует проводить более глубокий анализ последствий тех или иных изменений в отрасли, разрабатывать действенные методы реализации мероприятий и критерии оценки их эффективности, чётко определять формы контроля за проведением реформ, привлекать к разработке стратегий развития как можно больше заинтересованных лиц: население, работников сферы здравоохранения, представителей организаций и общественных объединений. Тогда процесс реализации реформ будет осуществляться более плавно и эффективно.

УДК 614.2

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Хорошунова Кристина Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н. Кукина Елена Николаевна

Современный этап социально-экономического развития наглядно продемонстрировал проблемы российской системы здравоохранения, вынудил острее поставить вопрос о необходимости продолжения начатых реформ, которые направлены на повышение доступности и качества медицинской помощи, эффективности использования выделенных отрасли государственных ресурсов [1]. Была создана Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года, одной из задач которой явилось создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий. Основное направление преодоления кризиса в государственной лабораторной службе на основании Концепции – централизация клинико-диагностических лабораторий [2].

Централизация государственных лабораторий – комплекс мер на основе оценки территориальных организационных возможностей, направленных на повышение качества лабораторных исследований. Централизация призвана решить ряд проблем лабораторной службы, остро стоящих в нашей стране. Например, можно проследить, что при наличии большого количества разрозненных лабораторий гораздо сложнее обеспечить регламентированный уровень внутреннего и внешнего контроля качества из-за нехватки финансовых средств [2, 3]. В РФ имеется более 8000 клинико-диагностических лабораторий, для которых характерна низкая клиническая и экономическая эффективность: на низкоинформативные виды исследований приходится 62% всех диагностических манипуляций. Для сравнения, в США, где количество населения в 2 раза превосходит таковое в нашей стране, располагается 8560 госпитальных лабораторий, что ненамного превышает данный показатель в РФ.

Необходимо также упомянуть о проблеме отсутствия лабораторной информационной системы и, таким образом, недостаточной интеграции лаборатории и клиники, что приводит к повторному проведению анализов (около 40%) и росту затрат [4, 5, 6]. Таким образом, большинство исследований являются малоинформативными, не отвечают современным критериям качества, а также дублируются, что говорит о экономической неэффективности системы [5]. Данную проблему и призвана решить централизация.

Один из важнейших аспектов централизации лабораторных исследований, наряду с медицинской целесообразностью и организационными возможностями, – экономическая эффективность [1]. Для выявления экономической эффективности централизации необходимо предпринять следующие шаги: во-первых, сопоставить расходы на выполнение лабораторных исследований в локальной и централизованной лаборатории с учётом затрат на все этапы проведения исследования; во-вторых, сопоставить цену исследования с себестоимостью, учитывая также все возможные затраты.

Основным критерием экономической эффективности является полная самокупаемость деятельности конкретной лаборатории в узком смысле и всей лабораторной службы – в широком. Для того, чтобы система оставалась экономически эффективной, необходимо систематически определять финансовые источники всех без исключения выполняемых исследований, устанавливать цены каждого вида исследований не ниже их себестоимости, составлять ежемесячные отчёты о проделанной работе, вести учёт всех денежных средств и распределять их таким образом, чтобы покрывать все расходы ЛПУ на содержание лаборатории [7]. Наибольший экономический эффект при этом достигается в отношении высокотехнологичных видов анализов [3].

При правильной организации централизованной лаборатории произойдёт снижение капитальных затрат на оснащение лабораторий и обеспечения их расходными материалами и реактивами, уменьшение случаев затрат на необоснованные повторения исследований, снижение затрат по оказанию медицинской помощи за счёт повышения качества лабораторных исследований [2]. По оценкам специалистов, экономия на реагентах при исключении необоснованных дублирований составляет до 20% от общей суммы финансирования лаборатории, а себестоимость единичного анализа при централизации снижается на 10% [5].

Выявлено, что если число произведённых лабораторией анализов в год превышает 2 млн, то средняя стоимость одного анализа всегда минимальна. Если же выполнять 56000 анализов в год, то средняя стоимость одного анализа можно уменьшить в 2 раза только при увеличении количества выполняемых анализов до 300000 [4]. Таким образом, централизация лабораторий несёт определённые выгоды: сокращается себестоимость анализов, нет необходимости оснащать все существующие КДЛ современным высокотехнологичным оборудованием, объективно легче совершенствовать технологические процессы производства.

Существует и ряд препятствий на пути централизации. Положительного эффекта невозможно добиться без перехода от административных методов управления централизованной КДЛ к экономическим. Для этого необходимо разрабатывать и совершенствовать тарифы в рамках ФОМС и механизмы конкуренции за них; разрабатывать регламенты использования денег, полученных от ФОМС, руководителями ЛПУ; создать гибкую систему закупок, которая позволит снизить себестоимость анализов на 16% при оптовой закупке; ввести методы контроля за работой персонала, по предварительным расчётам снижающие себестоимость на 11%; улучшать существующие технологические процессы и внедрять новые, что снизит себестоимость на 10% [4].

Современное разнообразие методов и средств лабораторного обеспечения медицинской помощи позволяет создавать крупные высокотехнологичные лаборатории с широким районом обслуживания. Эта тенденция диктуется как медицинскими, так и экономическими соображениями: многие виды исследований (сложные, дорогостоящие, редкие), не связанные с принятием экстренных мер, подходят для централизации, что позволяет снизить себестоимость единичного анализа, демонстрируя таким образом экономическую эффективность [8].

Список литературы

1. Годков М. А. Принципы централизации лабораторных исследований / М. А. Годков // Лабораторная служба. – 2015. - №4. – С. 3-10.
2. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 28.09.2018).
3. Долгих Т. И. Централизация лабораторных исследований: обсуждение проблемы / Т. И. Долгих // Лаборатория ЛПУ. – 2014. – №4. – С. 4-6.
4. Кишкун А. А. Экономика лабораторной службы / А. А. Кишкун // Клиническая лабораторная диагностика. – 2013. – №9. – С. 4-5.

5. Лунева А. А. Централизация лабораторий как путь выхода из кризиса / А. А. Лунева // Медицинская техника и оборудование. – 2017. – №1. – С. 54-56.
6. Годков М. А. Принципы централизации лабораторных исследований (приглашение к дискуссии) / М. А. Годков // Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – №4. – С. 50-51.
7. Кишкун А. А. Препятствия на пути централизации клинических лабораторных исследований / А. А. Кишкун // Менеджмент в здравоохранении. – 2014. – №11. – С. 11-26.
8. Меньшиков В. В. Оптимизация расходов на здравоохранение, централизация лабораторных исследований и доступность лабораторной информации / В. В. Меньшиков // Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – №4. – С. 56-59.

3. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 336.61

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аликова Полина Петровна, Глебов Степан Дмитриевич

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор, Сазонов Сергей Петрович

Тема реформ в Российской Федерации является наиболее актуальной в течении последних двух десятилетий. Государство, на протяжении этого времени ведет реорганизацию и преобразование в экономических и социальных отраслях, что вызывает социальные изменения и преобразования. На данный момент проблемы финансирования здравоохранения в стране считаются наиболее актуальными в системе финансового обеспечения социальной защиты.

И если смотреть основные показатели здравоохранения по Российской Федерации (см. Таблицу 1), то можно представить какая обширная сеть больничных и амбулаторно-поликлинических организаций имеется на территории России.

Таблица 1. Основные показатели здравоохранения по Российской Федерации(на конец года)

№		1992	2000	2010	2015
1	Численность врачей (человек)				
	Всего, тыс.	637	680	716	673
	На 10000 человек населения	42,9	46,8	50,1	45,9
2	Численность среднего медицинского персонала (человек)				
	Всего, тыс.	1709	1564	1509	1550
	На 10000 чел. населения	115	108	108	106
3	Число больничных организаций (тыс.)				

	Число больничных коек				
	Всего, тыс	1940	1672	1339	1222
4	На 10000 человек населения	131	115	94	83
5	Число амбулаторно-поликлинических организаций (тыс.)	20,7	21,3	15,7	18,6

Источник: составлено автором по данным [1]

Анализ таблицы 1 показывает, что за годы перестройки и экономических реформ сократилась численность организаций здравоохранения. И все это происходит в основном из-за недостаточного финансирования и особенно сельского здравоохранения на муниципальном уровне.

Дефицит финансовых ресурсов, невысокая материально-техническая база институтов здравоохранения, значительный уровень госпитализации жителей, все это характеризует состояние системы здравоохранения.

Для бюджетного финансирования здравоохранения характерным является, увеличение источников финансирования с учетом их целевого направления внутри государственных фондов. Основная часть расходов на финансирование медицины приходится на местные бюджеты. В последнее время прослеживаются изменения в соотношении источников финансирования здравоохранения за счет бюджетов разных уровней в частности, а также повышение активности федерального бюджета в финансировании социальных услуг.

Существуют следующие группы факторов, сдерживающих развитие системы финансового обеспечения здравоохранения:

1. Факторы, выделяемые на уровне государственного управления. К ним можно отнести государственное финансирование здравоохранения при применении выделяемых ресурсов неэффективно; неравномерное распределение целей в программах государственных гарантий предоставления членам общества бесплатной медицинской помощи с их финансовым обеспечением; коммерциализация; создающая различие в сфере здравоохранения и укореняющая практику неофициальных платежей.

2. Факторы, связанные с деятельностью ОМС и ДМС. К таким относятся недостаточное финансирование системы ОМС, связанное с оплатой исполнительными органами за безработных жителей; затруднение определения стоимости услуг, связанной с отсутствием методики расчета тарифов; ограниченное развитие системы ДМС.

3. Факторы, которые относятся к деятельности медицинских учреждений. Такие как недоработка системы финансирования медицинских учреждений; низкий уровень материально-технической базы; невысокий уровень оплаты труда работников[2].

Главной составляющей системы финансирования здравоохранения РФ за последний период является его дефицит. Недостаточное финансирование касается всех аспектов деятельности медицинских учреждений.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования формируется из выделенных субвенций Федерального фонда ОМС. Средства территориального фонда ОМС считаются ключевым источником финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного предоставления жителям Волгоградской области медицинской помощи.

Финансирование гарантий здравоохранения согласно ТФОМС в текущем году увеличится на 21%, в сравнении с 2017 годом, т.е. на 4,7 млрд. руб. Главная часть денежных средств нацелена на предоставление бесплатной медицинской помощи. Некоторая доля денежных средств направлена на повышение заработной платы врачам, медсестрам и младшим медицинским работникам. Помимо этого, средства выделены на приобретение оборудования для больниц и поликлиник, а также на осуществление ремонтов и оплату коммунальных услуг. На улучшение материально-технической базы детских поликлиник и повышение доступности первичной медпомощи жителям сел[3].

Таким образом, усовершенствование качества и доступности медпомощи жителям должно обеспечиваться на базе построения эффективной концепции её оказания и возрождения профилактической направленности здравоохранения. Совершенствование отрасли может включать в себя сбалансированность государственных гарантий предоставления жителям бесплатной медицинской поддержки; улучшения системы ОМС; развитие ДМС, которое является дополнением к бесплатным формам предоставления жителям медицинских услуг; ужесточение контроля за развитием платных медицинских услуг.

Список литературы

1. Россия в цифрах.2017: Кратк. стат.сб./ Росстат-М., 2017-511с. С.150.
2. Балынин И.В. Финансовое обеспечение здравоохранения в Российской Федерации в 2008–2020 годах // Аудит и финансовый анализ. 2015. № 1. С. 355.
3. Официальный сайт департамента здравоохранения Волгограда [Электронный ресурс] URL: <http://www.volgadmin.ru/ru/SitesDepartments/GovernsZdrav>.

УДК 336.61

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Глебов Степан Дмитриевич, Аликова Полина Петровна

Россия Волгоградский государственный технический университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор Сазонов Сергей Петрович

Уровень социального благополучия и развития экономики страны напрямую зависит от здоровья нации, а в частности развитой системы здравоохранения. Для любого государства, независимо от экономической модели и политического устройства одним из наиболее важных вопросов проведения социальной политики является - обеспечение населения страны доступными и качественными медицинскими услугами.

Наиболее актуальной проблемой в сфере обеспечения эффективной работы системы здравоохранения, является отсутствие достаточного финансового обеспечения, вследствие малоэффективного финансового механизма. Именно поэтому перед государством стоит задача поиска финансовых ресурсов и рационального их использования для реализации программ здравоохранения и оказания комплексных и полных медицинских услуг.

Реализация данной задачи предполагает проведение ряда мероприятий: оценку системы структуры здравоохранения и ее динамику, обоснование экономической эффективности введения новых форм медицинской деятельности, выявление наиболее рациональных путей реализации финансовых средств, в сфере оказания медицинских услуг, проведение мероприятий по улучшению менеджмента в сфере здравоохранения и улучшение контроля качества выполнения медицинских услуг.

На сегодняшний день в отечественной и зарубежной литературе посвященной экономике и финансовому менеджменту в медицине отмечается использование метода клинико-экономического анализа. Данный метод представляет собой оценку стоимости болезни, путем моделирования затрат на ее лечения. Моделирование затрат происходит путем сбора данных о затратах на лечение данного заболевания из бюджетных и внебюджетных средств и дальнейшее формирование стоимости дневного или годового лечения. Данный метод позволяет распределять затраты более рациональным способом снижая издержки в ходе предоставления медицинских услуг [1].

Касаясь источников финансирования системы здравоохранения в РФ, то до 2013 года они имели довольно обширную структуру и формировались из внебюджетных социальных фондов, бюджетов разных уровней, средств ЦБ РФ, частных средств, предприятий и предпринимателей, коммерческих и не коммерческих организаций, средств населения и финансовых институтов (рис. 1). Широко диверсифицированные источники доходов не являются оптимальным вариантом формирования финансовых средств и их последующего распределения.

Более рациональной системой финансирования системы здравоохранения, является система финансирования здравоохранения из одного источника. В 2013 году была осуществлена реформа предполагающая переход от бюджетно-страховой модели финансирования из различных источников к одноканальной системе. Это значит, что деятельность учреждений здравоохранения оплачивалась из множества источников, то с 2013 года существует один основной источник - Фонд обязательного медицинского страхования [1].

В системе финансового менеджмента в здравоохранении, в рамках перехода к одноканальной системе были проведены следующие изменения: появилась возможность выбора страховой компании, лечащего врача и медицинского учреждения. Так же была начата программа по модернизации учреждений здравоохранения.

Система одноканального финансирования позволила создать конкурентную среду среди медицинских учреждений за счет свободы выбора данного учреждения, обозначая и отсеивая неэффективные элементы системы и выделяя наиболее продуктивные, что позволяет оптимизировать расходы на содержание и обслуживания учреждений здравоохранения.

Одноканальная система финансирования расширяет полномочия менеджеров финансового учреждения в области распределения средств, что создает дополнительные риски, так как большее значение принимает качество работы и компетентность менеджера учреждения. В целях минимизации данного риска Министерство здравоохранения РФ рекомендует региональным органам власти проводить мониторинг и постатейный анализ расходов учреждений здравоохранения.

Так же менеджеры медицинских учреждений отмечают недостаточное финансирование всех статей расходов и их дисбаланс. Так существует недофинансирование статей расходов до 80%. Дополнительные средства на лечение удается получить только за счет лечения платных больных [2].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что данная система малоэффективна, так как менеджмент учреждений здравоохранения решают вопрос недофинансирования путем снижения количества лечащихся по полису ОМС для снижения издержек. Средства для покрытия недофинансирования изыскиваются за счет снижения оплаты труда медицинского персонала, снижения затрат на модернизацию оборудования и средств выделенных самим пациентом за лечение.

Решением данной проблемы может служить опыт стран Запада, постепенное введение платного перечня медицинских услуг в определенных сферах лечения, для покрытия дефицита финансовых средств.

Но так же с другой стороны не стоит забывать о создании четкого перечня бесплатных услуг, к которым следует отнести скорую помощь, оказание медицинской помощи социальным слоям с малым доходом, школьникам, пенсионерам. На сегодняшний день уже осуществляются вышеуказанные меры.

Таким образом, можно сделать вывод, что для более эффективной работы органов здравоохранения требуется прозрачные финансовые инструменты, объединение усилий как страховых фондов, так и государства, частных компаний, предприятий и фондов и менеджеров учреждений.

Список литературы

1. Кочановская О. М., Михайлюк А. С., Эволюция современных инструментов финансового менеджмента в учреждениях здравоохранения // Учет и статистика. - 2015. - № 3 (39). - С. 78-84

2. Тахчиди, Х. Что позволит вытащить отечественное здравоохранение из кризиса? // Эксперт – 2013. № 16

3. Финансы организаций образования культуры и искусства и здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: http://pda.coolreferat.com/Финансы_организаций_образования_культуры_искусства_и_здравоохранения_часть=3

ПРОБЛЕМА НЕЛЕГАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ*Харченко Иван Андреевич*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики
и менеджмента ВолГМУ Шестакова Ирина Валерьевна

Данная проблема актуальна и в нашей стране. Основная проблематика заключается в том, что в России отсутствует федеральная программа развития органного донорства и трансплантологии, отсутствует единый банк органного донорства, неразвита пропаганда среди населения о важности отрасли трансплантологии, что в частности затрагивает посмертное изъятие органов, также не решен вопрос детского органного донорства. Россия одна из тех стран, где количество пересадок одно из малых в отличие от других стран с развитой отраслью трансплантологии.

1. Отсутствие единого банка органного донорства свидетельствует о критических запросах среди людей, нуждающихся в пересадке органов. Люди зачастую прибегают к крайним нелегальным мерам: покупают органы с теневых рынков (на слайде можно увидеть последние известные цены на органы), а некоторые и сами занимаются продажей органов с целью получения выгоды: с этого можно выделить вытекающую проблему недостатка денежных средств среди некоторых слоев населения или же бедности. Случаи с покупкой и продажей зафиксированы спецслужбами повсеместно.

2. Отсутствие пропаганды по разъяснению среди населения о важности трансплантации органов и тканей, включая посмертное изъятие органов. Большая часть населения не образованы, это очень сильно выделяется при опросе по конституционно-правовому статусу, также по знаниям уголовного кодекса и федеральных законов, соответственно, стоит упомянуть, что в России согласно федеральному закону статье 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантации», возможность изымать органы с умерших людей спустя наступления биологической смерти, при условии что умерший человек заявил о своем согласии, либо его родственники, если умерший при жизни не имел возможности заявить о согласии\несогласии. Если бы активно велась пропаганда среди слоев населения, созданный единый банк органов бы пополнялся, множество людей не страдали, не ждали бы заветного органа государственного постановления по 10 лет, при это еще и погибая. Уровень здравоохранения серьезно поднялся, а это означает, что будет и приток специалистов в области трансплантологии. Также оплата за заочную пересадку немного снизится, а это путь к снижению хотя бы на чуть-чуть проблематики невозможной оплаты труда среди населения. Мною был проведен опрос среди студентов 1 курса лечебного факультета ВОЛГМУ о развитии пропаганды и согласны ли они с изъятием органов умерших людей согласно федеральному закону. 89% опрошенных проголосовали ЗА и 11% ПРОТИВ.

3. Нерешенная проблематика детского донорства также активно затрагивает нелегальную трансплантологию. В России, как и в других странах, фиксируются случаи продажи детей-сирот, новорожденных детей с целью последующего изъятия органов и обогащения с их продажи. Самый знаменитый случай как раз приходится на Волгоградскую область. Далее информация с дела Надежды Фратти, итальянки российского происхождения: с 1993 по 2001 г. по данным ФСБ РФ, вывозила из Волгоградской области за рубеж 558 детей-сирот, в дальнейшем дети исчезали в частных клиниках по пересадке органов. В 2010 году Волгоградский суд признал Надежду виновной в подделке документов для усыновления\удочерения, даче взяток и торговле людьми. Подобных случаев очень много, что в особенности касается стран с неразвитым органным донорством. Согласно газете «Новые известия» и информации спецслужб, продажей детей занимаются сотрудники детских домов, акушеры и гинекологи, юристы, родственники и собственные родители. Люди идут на абсолютно аморальные поступки ради денег и на относительно благородные ради жизни их ближнего. И это не единичные случаи, они везде. По данным Московского координационного

центра органного донорства, ежегодно в пересадке нуждаются около 9-10 тысяч россиян и 30% приходится на детей. Законом запрещено изъятие органов у умершего ребенка. Я предлагаю убрать данное ограничение, ведь не всегда родители способны быть донорами, тут играет роль донора и реципиента. Так будет разграничение детского и взрослого донорства, что исключит конфликты размеров и крови.

Таким образом, данная проблема не теряет своей актуальности и по сей день. Работа над данной проблемой поднимет здравоохранение на новый уровень и исключит некоторые недостатки, также поможет выявить новые. Отрасль трансплантологии должна развиваться, ведь здоровье-это самое важное, что есть у человека.

Список литературы

1. Министерство здравоохранения, программа развития трансплантологии <https://www.rosminzdrav.ru/search?utf8=✓&q=Трансплантология>
2. Пособие по биологии для абитуриентов Р.Г. Заяц, И. В. Рачковская, В. М. Стамбровская

УДК 338

ФИНАНСИРОВАНИЕ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Петрова Татьяна Олеговна

Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Харламова Екатерина Евгеньевна

Финансирование - это безвозмездное и безвозвратное предоставление государством денежных средств в разных формах предприятиям, организациям и учреждениям для осуществления их текущей деятельности.

Безвозвратность и безвозмездность финансирования отличают его от кредитования, а также предоставления ссуд на условиях возвратности и возмездности.

Финансирование осуществляется на основе следующих принципов:

- целенаправленности;
- финансирования в меру выполнения работ, услуг;
- соблюдения финансовой дисциплины.

Принцип целенаправленности закрепляет положение, согласно которому все расходы имеют предметно-целевое назначение: заработная плата, командировки, стипендии, текущие расходы и т.д.

Соблюдение финансовой дисциплины выступает условием правильного и законного расходования денежных средств.

Финансирование в Российской Федерации выступает в двух формах:

- финансирование государственных унитарных предприятий;
- финансирование государственных бюджетных учреждений.

Государственные унитарные предприятия создаются по решению уполномоченных государственных органов и органов местного самоуправления. Унитарность предприятия означает, что его имущество неделимо и ни при каких условиях не может быть распределено по вкладам, долям и паям. Унитарные предприятия не наделяются правом собственности на закрепленное за ними имущество. Они владеют, пользуются и распоряжаются данным имуществом на праве хозяйственного ведения или оперативного управления.

Государственные унитарные предприятия, основанные на праве хозяйственного ведения, покрывают свои производственные и непроизводственные расходы за счет собственных доходов либо банковского кредита. Финансирование их расходов может осуществляться только на определенные законом цели (расходы по санации убыточных угольных шахт и разрезов, воспроизводству минерально-сырьевой базы, конверсии оборонной промышленности, на инвестиции и др.)

Финансирование государственных унитарных предприятий, основанных на праве оперативного управления (федеральных казенных предприятий), осуществляется как на расходы по текущей деятельности, так и на инвестиции.

Финансирование государственных бюджетных учреждений (бюджетная сфера) имеет некоторые особенности. Данные учреждения относятся к непроизводственной сфере, в создании материальных ценностей непосредственно не участвуют и, следовательно, национального дохода не создают. Их основное назначение состоит в удовлетворении общественно-социальных потребностей общества. К таким учреждениям и организациям относятся социально-культурные учреждения, органы государственного управления и оборона страны, на которые распространяется сметно-бюджетное финансирование.

Источники формирования средств не всегда влияют на формы их распределения, системы с одним и тем же источником формирования средств могут иметь разные характеристики распределения.

Источниками финансирования могут являться:

1) Общие налоговые доходы всех видов и уровней. К ним относятся: налоги на прибыль, налоги на добавленную стоимость, подоходный налог и др. Они поступают в государственный или муниципальный бюджет, а затем распределяются по разным отраслям. Решающую роль при распределении средств имеют сложившиеся бюджетные приоритеты.

2) Целевые налоговые поступления, к которым относятся налоги, устанавливаемые на определенные товары (чаще всего, на продажу алкоголя и табака). Установленная часть поступлений от сбора этих налогов в целевом порядке направляется на здравоохранение.

3) Целевой взнос на обязательное медицинское страхование (или налог на заработную плату). Это может быть взнос на ОМС (РФ), а может быть единый взнос на социальное страхование (единый социальный налог). Взнос на ОМС обычно исчисляется в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда.

4) Личные средства граждан и иные источники. Эти средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Кроме того, это могут быть доходы ЛПУ от аренды, от продажи медицинских технологий и др. В качестве иных источников финансирования могут выступать благотворительные фонды, средства работодателей, направляемые на создание собственной медицинской базы и пожертвования.

Особенности финансирования учреждений здравоохранения:

1 - Исключительно тесная связь с бюджетом, из которого и финансируется основная часть расходов бюджетных организаций. Недополучение средств бюджетом приводит к недофинансированию расходов бюджетных организаций. Перевыполнение предусмотренных законом о бюджете соответствующего уровня поступлений приводит к дополнительному финансированию бюджетных организаций.

2 - Бюджетные организации могут предоставлять и предоставляют определенные платные услуги, формируя часть своих финансовых ресурсов за счет самостоятельно заработанных доходов, что позволяет отнести их к хозяйствующим субъектам.

Две указанные особенности позволяют определить место финансов бюджетных организаций как промежуточное: между общественными финансами и финансами предприятий и организаций.

Список литературы.

1. Бухучет бюджетного учреждения: деятельность за счет целевых средств // Т.А. Пинеичева, «Главбух», № 22, ноябрь 2008.
2. Захарин В.Р. Бухгалтерский учет в бюджетных учреждениях. - М.: Налоговый вестник, 2008.
3. Кадыров Ф.Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений. - М.: «Международный центр финансово-экономического развития», 2010.

4. Титова Н.Е., Кожаев Ю.П. Деньги. Кредит. Банки: Учебник М.: ВЛАДОС. 2008. 381 с.
5. Финансы, денежное обращение и кредит: учебник: краткий курс / под ред. проф. Н.Ф. Самсонова. М.: ИНФРА-М, 2008. 302 с.
6. Финансы и кредит: учебник / Под ред. проф М.В. Романовского. М.: Юрайт-Издат, 2008. 575 с.

УДК 336.2

РАЗЛИЧИЯ ПОДОХОДНОГО НАЛОГА В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ МИРА

Фролова Ирина Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики
и менеджмента ВолГМУ Шестакова Ирина Валерьевна

Основным источником финансирования здравоохранения является государственный бюджет, формируемый за счет поступления общих налогов от хозяйствующих субъектов и населения. Один из таких налогов, налог на доходы физических лиц, который считается самым распространенным в налоговой системе Российской Федерации, так как его платит каждый работающий гражданин. В современной России действует одна из самых низких ставок в мире 13% независимо от общего объема доходов.

Будет ли повышение шкалы НДФЛ? Это один из самых актуальных вопросов в Российской Федерации на данный момент. По мнению населения, которое болезненно относится к данной теме, сегодня в системе налогообложения существует и действует совершенно несправедливый принцип. Иными словами, богатый и бедный с разным уровнем дохода и достатка платят один и тот же коэффициент НДФЛ в размере 13%. [1]

Исторически впервые подоходный налог был введен в Российской Империи 11 февраля 1812 года в виде налога на доходы помещиков от принадлежащего им недвижимого имущества. Ставка такого налога была прогрессивной и устанавливалась от 1 до 10%, а необлагаемый налоговый минимум дохода устанавливался в размере 500 рублей в год.

В советский период ставки подоходного налога периодически менялись, также была попытка по его полной отмене, когда Верховный Совет СССР 7 мая 1960 года принял – Закон СССР «Об отмене налогов с заработной платы рабочих и служащих». Последнее изменение произошло в 1984 году, когда необлагаемый налоговый минимум был установлен в размере 70 рублей, а сумма этого налога стала фиксированной – она варьировалась от 25 копеек до 8,2 рублей.

В 1992 году, в России было принято новое законодательство в сфере налогов, в котором была установлена прогрессивная шкала подоходного налога от 12 % до 40 %. При дальнейшем развитии ставка налога практически ежегодно корректировалась по мере роста инфляции в стране.

В 2001 году впервые в России была введена плоская шкала налогообложения доходов физических лиц на уровне 13% независимо от общего объема доходов, которая сохраняется и по сей день. На данный момент эта ставка является одной из самых низких в мире. [2]

НДФЛ считается одним из самых собираемых налогов как в России, так и в других странах. В большинстве других стран преобладает прогрессивный налог на доходы: чем выше заработок, тем выше ставка. Так, например в США ставки налогов федерального уровня колеблются в пределах от 10 до 37% и рассчитываются из разных критериев. Подоходный налог в США может взиматься с супружеской пары (в этом случае учитывается их суммарный доход, и то, что декларацию они подают совместно), а может и с отдельного человека вне зависимости от того женат он или нет. Вычитаемый процент напрямую зависит от ежемесячного дохода налогоплательщика. Подоходный налог во Франции берется с дохода по прогрессивной шкале от 14 до 45 %. Главная особенность налога на доходы во Франции — то, что для его расчета берется не конкретное физическое лицо, а домохозяйство. Одинокие люди

считаются семьей из одного человека. И для расчета налогов для них применяется коэффициент 1. Если в семье — муж и жена, то коэффициент будет 2. Супруги с одним ребенком — коэффициент 2,5 и т.д. Общая сумма доходов делится на этот коэффициент, и уже из нее рассчитывают налог по ставке.

В Канаде подоходный налог начисляют по шкале от 15 до 29%. В Китае ставка может принимать значения от 5 до 45%. В Израиле подоходный налог начисляют по шкале от 10 до 50%, то есть государство взимает налог – половину заработанной суммы. В Великобритании налог начисляется по шкале от 20% до 45%. Однако, в мире есть счастливики, которые вообще не платят налог на доходы. Это жители богатых нефтедобывающих стран такие как Объединенные Арабские Эмираты, Катар, Оман, Кувейт, Каймановы острова, Бахрейн, Бермудские острова. [3]

Следует отметить, что ставки НДФЛ и способы оплаты налогов в Российской Федерации, очень заманчивы для граждан других стран. Среди известных иностранцев, получившие российское гражданство: Стивен Сигал, Джеффри Уильям Монсон, Фабио Мастранджело, Жерар Депардьё и др.

Однако, на сегодняшний день актуальным и открытым остается вопрос - как граждане РФ отнесутся к изменениям НДФЛ? Для поиска ответа на поставленный вопрос было проведено анкетирование 76 человек. Стоит отметить, что из всех участников опроса 86,84% работающих. В результате проведенного опроса было выявлено, что 92,11% выразили свое согласие на введение регрессивной шкалы НДФЛ на территории РФ и лишь 7,89% были не согласны. Так же анализ ответов показал, что 94,74% согласились с вариантом шкалы от 13% до 25% и 5,26% опрошенных предложили свои варианты шкалы.

Таким образом, большая часть опрошенных согласна на введение регрессивной шкалы, но лишь с учётом того, что всё действительно будет основательно продумано. Одним из преимуществ введения регрессивной шкалы НДФЛ будет возможность собирать больше денежных средств, которые можно будет направить в том числе на финансирование и улучшение отрасли здравоохранения. Так, можно сделать вывод, что введение регрессивной шкалы НДФЛ на территории Российской Федерации является спорным вопросом, который требует более детального продумывания и разработки.

Список литературы

1. Семенихина. В.В. Налог на доходы физических лиц. Комментарий к главе 23 Налогового кодекса Российской Федерации. - М.: Эксмо, 2013. - 176 с.
2. Александров, И.М. Налоги и налогообложение. - М.: Дашков и К, 2017. - 317 с
3. Лыкова Л., Букина И.: Налоговые системы зарубежных стран. Учебник для магистров; Издательство: Юрайт-Издат, 2013 г

УДК 336.5

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Киселёва Ирина Николаевна, Филимонова Елена Владиславовна

Россия, Ставропольский государственный медицинский университет

В сложившихся социально экономических условиях учреждения системы здравоохранения осуществляют свою деятельность за счет различных источников финансирования. Основным источником по выполнению своих обязательств выступают, конечно же, выделяемые им средства из бюджета. Учитывая возможность разработки всевозможных стратегических аспектов развития лечебно-профилактических учреждений в условиях реформирования отрасли здравоохранения, становится понятно, что особое внимание необходимо уделить развитию финансовой стратегии потому, что именно она является основной в системе перспективного развития любой организации.

Анализ денежных потоков, поиск эффективных источников финансирования, выгодных инвестиционных вложений, разработка перспективной учетной и налоговой

политики – все это является главным в деятельности учреждений здравоохранения в сложившихся современных условиях реформирования отрасли. С расширением и развитием разрешенных медицинским учреждениям дополнительных денежных источников в виде платных медицинских услуг, все большее значение для обеспечения их финансовой устойчивости приобретают доходы от предпринимательской деятельности [1].

Чем больше скорость движения финансовых потоков тем эффективнее складывается вся деятельность учреждений здравоохранения. Объем имеющихся у учреждения финансовых средства является важным показателем и определяет уровень платежеспособности организации как одну из важнейших характеристик его финансового положения. Финансовые средства являются единственным видом оборотных средств, обладающим абсолютной ликвидностью – немедленной способностью выступать средством платежа по обязательствам учреждений отрасли здравоохранения. В связи с этим искусство управления финансовыми активами заключается в оптимизации запасов финансовых средств, в необходимости к такому планированию движения финансовых потоков, чтобы к каждому очередному платежу медицинское учреждение по своим обязательствам постоянно обеспечивало поступление денег.

Все вышесказанное говорит о том, что вопросы финансовой стратегии имеют важнейшее значение для руководителей среднего и высшего звена управления лечебно-профилактических учреждений, которые сталкиваются со множеством проблем финансового характера в учреждениях сферы здравоохранения. В современных условиях нестабильной социально-экономической ситуации, финансовые ресурсы медицинскими учреждениями должны использоваться более эффективно. Недостаточная эффективность использования денежных средств заключается в том, что происходят большие затраты на стационарную помощь, используются дорогостоящие медикаменты, высоко затратные медицинские технологии. В 2015 году в России завершился переход от двухканальной бюджетно-страховой модели к одноканальной страховой модели на систему модели обязательного медицинского страхования, которая осуществляется за счет продажи населению медицинских услуг и за счет средств фондов добровольного медицинского страхования [3].

Новая схема «одноканального финансирования» дает возможность оценить качество и объем оказываемых медицинских услуг и согласовать эти показатели с объемом выделяемых финансовых активов. Переход на бюджетно-страховую модель был обусловлен, с одной стороны, увеличившимися потребностями населения в высокотехнологичной медицинской помощи и высоко квалифицированных медицинских услугах. С другой – неспособностью государства финансировать этот увеличившийся спрос. По данным РБК объем платных медицинских услуг постоянно растет. В 2015 году он составил 671,5 млрд. руб., а в начале 2016 года увеличился на 4,3 % по сравнению с аналогичным периодом 2014 года [4]. Такие обстоятельства говорят о том, что население готово платить деньги за достойное и качественное предоставление медицинских услуг.

В странах с развитой страховой моделью здравоохранения страховщиками выступают страховые медицинские организации. На территории же Российской Федерации, в связи с действующим законодательством, единственным страховщиком является ФФОМС некоммерческая организация, являющаяся связующим звеном государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Но страховая медицинская организация выполняет лишь ограниченный перечень функций, таких как контроль над качеством, объемом и обоснованностью предоставляемой медицинской услуги.

С 2017 года сбор страховых взносов был переведен в ведение ФНС, в связи с чем ответственность автоматически легла на государство, а это противоречит принципам функционирования страховой модели здравоохранения.

Таким образом, имеющейся в настоящее время страховой модели финансирования здравоохранения присущи принципы бюджетной модели, т.е. функции страховщика выполняются не страховыми медицинскими организациями, а государственной страховой организацией. Национальная система здравоохранения далеко не совершенна и требует

модернизации. В настоящее время существующая Страховая медицинская организация не имеет мотивации для работы по снижению уровня заболеваемости и сохранению здоровья населения, повышению эффективности использования финансовых ресурсов.

Несмотря на то, что получение прибыли не является основной целью деятельности медицинских учреждений, дополнительные финансовые активы от предоставления платных медицинских услуг играют важную роль в финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения, так как за счет них формируется премиальный фонд заработной платы для медицинского и обслуживающего персонала.

Все вышесказанное говорит о том, что необходимо искать совершенно новые возможности для повышения эффективности деятельности медицинских учреждений в условиях высокой конкуренции между производителями предоставления медицинских услуг, а это, в свою очередь, оказывает влияние на организационную структуру медицинского учреждения в целом, преимущества и качество предоставляемых медицинских услуг населению.

Проведенная реформа по обеспечению финансирования системы здравоохранения Российской Федерации не оправдала ожидаемого увеличения потока финансовых активов, которые регенерируют отрасль здравоохранения. Недофинансирование и нерешенные проблемы системы здравоохранения в 2015-2017 годах могут привести к ухудшению показателей здоровья населения, которые находятся в прямой зависимости от уровня государственного финансового обеспечения.

Список литературы

1. Бердникова Т.Б. Анализ и диагностика финансово – хозяйственной деятельности предприятия: Учеб. пособие. – М.: ИНФРА – М, 2014.
2. Мелянченко Н. Б. Здравоохранение России. Новая концепция организации и развития. – СПб.: Медицинская пресса, 2015.
3. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование / [В.В.Гришин и др.]. – М.: Воля, 2015.
4. С.Ю. Шелехов, «Российское здравоохранение: к чему приведут преобразования», «Эко», № 4, 2016. – с. 28-39.

УДК 336.1

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И НЕДОСТАТКИ

Фролова Ирина Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор Косинова Наталья Николаевна

На протяжении всей истории России, реформы в области здравоохранения, главным образом, были связаны с решением ресурсного обеспечения данной отрасли. Такая проблема является комплексной требует ответа на целый ряд вопросов, однако самый главный из них, где взять источники финансирования и как их наиболее рационально использовать.

В СССР государственный бюджет был основным источником финансирования здравоохранения. Большая часть доходов собиралась через систему общего налогообложения на местном, региональном и федеральном уровнях. К концу 1970-х гг. советская медицина переживала период спада из-за недостаточного финансирования. Финансирование здравоохранения стало осуществляться по остаточному принципу. Оценка по доле госбюджета, идущего на эти цели, показала, что эта доля неуклонно снижалась: 1960 (65) г. - 6,6% (6,5%), 1970 г. - 6,1%, 1980 г. - 5,0% 1985 г. - 4,6%, 1993 г. - 3,5%. [1]

Так, до начала 90-х годов финансовое обеспечение отечественного здравоохранения осуществлялось на основе централизованной государственной модели по сметному принципу с использованием централизованного планирования и жесткой вертикали управления.

Однако, с переходом от плановой к рыночной экономике и с изменением государственного устройства (разделение полномочий между федеральным уровнем власти и субъектами Российской Федерации) должна была измениться система финансового обеспечения российского здравоохранения. С 1991–1993 годов в стране были внедрены механизмы обязательного медицинского страхования (ОМС), что привлекло значительные дополнительные ресурсы в здравоохранение, включены принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления.

В основу реформирования экономической модели отечественного здравоохранения был заложен переход от преимущественно централизованной одноканальной системы финансирования к децентрализованной многоканальной. В следствие значительного возрастания количества финансовых потоков сократились средства, направленные в лечебно-профилактические учреждения. [2]

Так, по статистическим данным, отчисления из консолидированного бюджета Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов на финансирование здравоохранения, в процентах к ВВП на протяжении последних лет увеличились лишь незначительно: в 2013 г. - 3,2%, 2014 г. - 3,2%, 2015 г. - 3,4%, 2016 г. - 3,6%. В это время в развитых странах этот показатель составляет 8-10 %. [3]

В настоящее время система здравоохранения России находится в стадии реформирования социальной направленности. Государство уделяет большое внимание программам, направленным на повышение доступности и эффективности медицинской помощи и привлечению дополнительных средств. Например, утвержденная новая редакция Федеральной программы «Развитие здравоохранения до 2030 года» планирует финансирование здравоохранения в объеме 26 620,8 млрд. руб., в том числе из Федерального бюджета – 2451,2 млрд. руб., из региональных бюджетов – 11 079,4 млрд. руб. и 13 090,2 млрд. руб. – из средств ФОМС Российской Федерации. [4]

Так же, в распоряжении Правительства "О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года" планируется увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6 % до 5,2 - 5,5%. [5]

Однако, принимаемых мер недостаточно для решения существующих проблем. Низкая эффективность лечебно-профилактических учреждений и научно-исследовательских мероприятий в области охраны здоровья населения требуют преобразований и увеличения финансирования отрасли. Мы надеемся, что в дальнейшем отрасль здравоохранения в России будет получать значительно больше средств финансирования от государства и достигнет таких же показателей в процентном соотношении к ВВП как в развитых странах.

Список литературы.

1. Щепин О.П., Медик В.А. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 - 392 с.
2. "Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг." [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.ucgb.org/documents/Strategija%20razvitija%20zdravoohranenija%202015-2030.pdf>
3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ 2017. Статистический сборник. Москва 2017 - 172 с. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf
4. "ПРОГНОЗ ДОЛГОСРОЧНОГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПЕРИОД ДО 2030 ГОДА." (расширенная версия долгосрочного прогноза, утвержденного Правительством Российской Федерации, с дополнительными рабочими материалами). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144190/e59d0198a6b86d35269590004bc1bb4d18c9fa29/

5. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 28.09.2018) "О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года" [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/

УДК 615

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (ЮФО)

Давыдова Анна Павловна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики и менеджмента
Аракелова Ирина Владимировна

Основной ключевой задачей работы системы здравоохранения в России является оказание населению качественной медицинской помощи и улучшения качества жизни. Для её решения необходимы финансовые ресурсы.

Целью данного исследования стало изучение финансирования здравоохранения и статистический анализ финансовых данных регионов Южного Федерального округа (ЮФО) в 2016 г

Для достижения этой цели мы рассмотрим источники финансирования здравоохранения в регионах ЮФО РФ, что отражено на рис. 1:

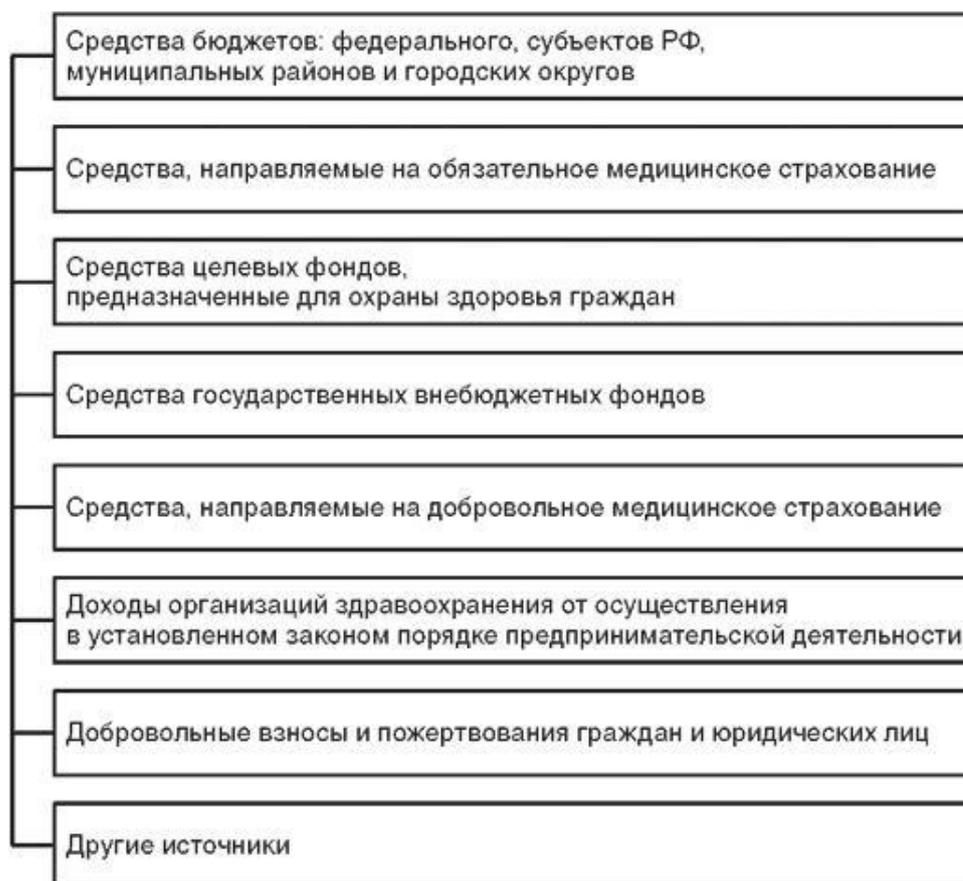


Рисунок 1. Источники финансирования здравоохранения в регионах ЮФО РФ. Источник: [7]

Согласно официальным статистическим данным МЗ РФ и Росстата расходы регионов на здравоохранение за 2016 год составляют от 17,6% до 22,7% от общего бюджета регионов.

Например по ЮФО, Астраханская область - 20,7%, Волгоградская область - 21,5 %, Краснодарский край - 22,4%, Республика Адыгея - 18,4%, Республика Калмыкия - 22,7%, Ростовская область - 17,6 %. На рис. 2 представлен рейтинг регионов по расходам на здравоохранение в РФ в 2016 году.

Рейтинг регионов по суммарным расходам на здравоохранение в 2016 г

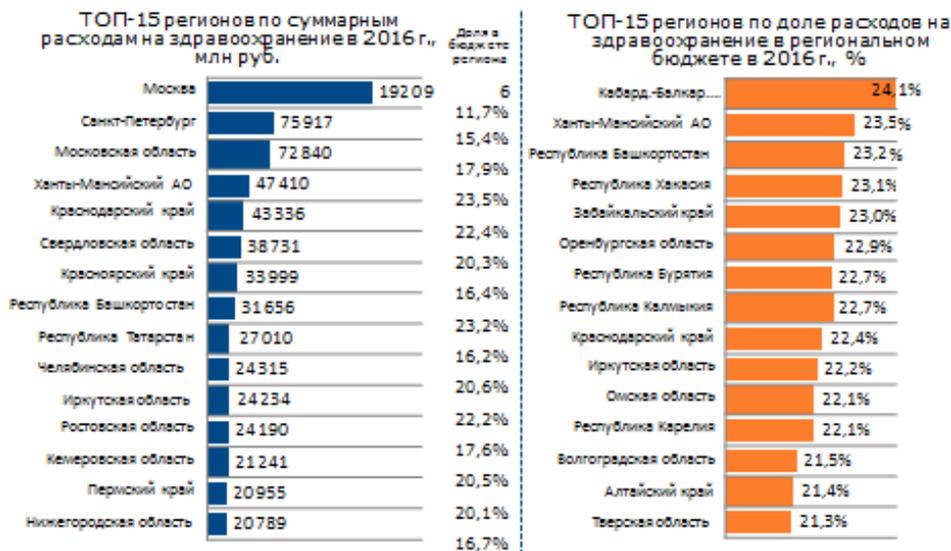


Рисунок 2: Рейтинг регионов по суммарным расходам на здравоохранение в 2016 г.

Источник: [8]

К основной государственной программе РФ в сфере здравоохранения, включают и Программу Государственных Гарантий (ПГГ), которая содержит в себе единые для всех субъектов РФ обязательные к исполнению принципы оказания МП в базовом объеме

Каждый регион в рамках базовой ПГГ ежегодно сроком на 1 или 3 года разрабатывает свою Территориальную Программу Государственных Гарантий (ТПГГ), которая утверждается правительством региона

ТПГГ содержит в себе базовую часть ПГГ + дополнительные виды МП и ЛО, принятые в субъекте с учетом всех региональных особенностей

От объёма и источника финансирования ТПГГ зависят и подушевые расходы в регионах за 2016 год они составляют от 4700 рублей до 45000 рублей (Законы субъектов РФ о региональном бюджете 2016 г).

Следует признать тот факт, что финансы, распределяемые из бюджетов на нужды здравоохранения, все ещё малосущественны.

Одними из главных источников предоставления финансовых ресурсов здравоохранению на сегодня - это средства ОМС и ДМС:

В субъектах ЮФО через ОМС предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- 1) Неотложная помощь и первичная медико-санитарная помощь
- 2) Скорая медицинская помощь
- 3) Специализированная, включая высокотехнологичную медицинскую помощь.

Статистика выделения финансовых ресурсов регионам ЮФО по ОМС по видам оказания Медицинской Помощи 48% - расходов идет на Стационарную МП, 34% - Амбулаторную МП, 8% - Скорая помощь, оставшиеся финансы распределяются на Дневные Стационары, Высокотехнологическую помощь, иные муниципальные услуги.

При оказании медицинской помощи предоставляется снабжение пациентов необходимыми лекарственными средствами, состоящими в формулярном списке.

В настоящий момент добровольное медицинское страхование (ДМС) дополняет ОМС, оно обеспечивает выполнение операций по договорам, оговаривающим оплату некоторых медицинских услуг, не состоящих в программе ОМС.

Таким образом, расходы регионов ЮФО на здравоохранение в 2016 году составили в среднем 20,7% от региональных бюджетов, что эквивалентно в среднем затратам финансирования здравоохранения по России. Следовательно в обстановке дефицита финансирования здравоохранения, роста инфляции, перед каждым регионом ЮФО стоит задача предоставления качественной медпомощи населения.

Список литературы

1. Официальные данные МЗ РФ и Росстата за 2016 г [Электронный ресурс] <http://www.gks.ru/>
2. Закон Волгоградской области от 16.12.2015 N 220-ОД "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
3. Закон Астраханской области от 28.12.2015 № 99/2015-ОЗ «О бюджете Астраханской области на 2016 год» " [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
4. Закон Республики Адыгея от 18.12.2015 N 482 "О республиканском бюджете Республики Адыгея на 2016 год" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
5. Закон Краснодарского края от 28 декабря 2015 года № 3310-КЗ "О краевом бюджете на 2016 год" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
6. Областной закон Ростовской области от 21 декабря 2015 г. N 473-ЗС "Об областном бюджете на 2016 год" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
7. Рисунок 1. <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/ISBN9785970437100-0025.html>
8. Рисунок 2.: Законы субъектов РФ о региональном бюджете на 2016 г. <http://www.consultant.ru>

УДК 336.61

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЕРМАНИИ

Каныгина Олеся Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор Косинова Наталья Николаевна

На сегодняшний момент система здравоохранения Германии – одна из эффективных в мире. Основным её достоинством является способность обеспечить медицинскими услугами большинство населения страны. Важным фактом, свидетельствующим о её эффективности, является общественное согласие в пользу сохранения существующей системы. Опросы свидетельствуют, что более 90% жителей Германии удовлетворены предоставляемыми услугами здравоохранения, а около 40% опрошенных высказали мнение о том, что действующая система здравоохранения нуждается лишь в незначительной корректировке [1]. Это показывает и сравнение основных социальных индикаторов, демонстрирующих, результаты политики в области здравоохранения в Германии. Например, средняя продолжительность жизни в Германии составляет 74,1 года - для мужчин и 80,3 года – для женщин. В России норматив расходов на одного человека составляет 11 900 руб., или около \$200. При этом средняя продолжительность жизни составляет 71,6 года. Для сравнения, расходы федерального бюджета на сферу здравоохранения в 2017 году в РФ составили 3,6%

от ВВП, в Германии - 10,4%. На данный момент Россия находится по показателю расходов на здравоохранение среди таких стран, как Бангладеш (3,4%), Сирия (3,6%) и Судан (3,6%).

Всемирная Организация Здравоохранения провела исследование, выявившее что затраты на здравоохранение находятся в прямой зависимости от продолжительности жизни граждан: чем больше государство заботится о медицинском обеспечении, тем дольше живут люди. Основные результаты исследования сводятся к следующему [2]:

- менее \$500 в год приходится на страны с продолжительностью жизни 45-67 лет;
- расходы от \$500 до \$1000 приводят к ожидаемой продолжительности в 70-75 лет;
- более \$1000 обеспечивают продолжительность жизни в 75-80 лет.

По данным немецкого Федерального статистического ведомства, расходы на здравоохранение в Германии в 2017 г. увеличились на 4,9% по сравнению с 2016 г. и достигли очередного рекорда - 374,2 млрд евро. В данном расчете под расходами на здравоохранения понимаются общие траты на товары и услуги, которые несет государство, домохозяйства и предприятия на профилактику, лечение, последующий уход, а также инвестиции в учреждения, покрытие административных издержек и трансферов. [3]

В Германии финансирование сферы здравоохранения осуществляется посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов, которые составляют примерно 75% совокупных расходов на здравоохранение в Германии. Система обязательного медицинского страхования граждан включает медицинские организации государственной и частной формы собственности. Ежемесячный страховой взнос составляет в среднем 12,8% от фонда оплаты труда (рис. 1).



Рис.1 Структура финансирования здравоохранения в Германии

Государство передало управление здравоохранением корпоративным, самоуправляющимся организациям: врачебным палатам, больничным кассам, Ассоциации врачей частной практики и Фонду обязательного медицинского страхования. Около 90% населения Германии подлежат обязательному медицинскому страхованию. Это рабочие и служащие, у которых годовой доход не превышает 49 000 евро в Западной Германии и 45 000 евро в Восточной Германии. Освобождаются от обязательного медицинского страхования лица, у которых годовой доход превышает 49 000 евро в Западной Германии и 45 000 евро в Восточной Германии. Остальные граждане Германии могут застраховать себя добровольно или в больничной кассе, или в страховом агентстве. Это около 10% населения. Подходные налоги на социальное страхование в Германии составляют в среднем около 15% и основаны на принципе солидарности: здоровые за больных, богатые за бедных, молодые за старых. [4]

Второй вид медицинского страхования в Германии, охватывающий лишь 10% застрахованных — частное страхование. Граждане, имеющие такой вид страхования, могут рассчитывать на лучший сервис, включая выбор времени плановой госпитализации, врача или палаты, а также на курортное лечение. Взносы на частное медицинское страхование формируются с учетом индивидуального риска и зависят от возраста, пола, состояния здоровья. При этом используются специальные региональные и профессиональные тарифы. Также при частном страховании невозможно одним полисом застраховать других членов

семьи. Каждому оформляется индивидуальный полис и формируется размер взноса. Сравнительная характеристика обязательного и частного медицинского страхования представлена в таблице 1.

Таблица 1. Сравнение государственного (обязательного) и частного медицинского страхования в Германии

	Обязательное медицинское страхование	Частное медицинское страхование
Тип страхования	Обязательное страхование по закону	Добровольное страхование по договору
Охват	85%: 75% обязаны по закону (работающие с низким уровнем доходов; неработающие; пенсионеры) и 10% добровольно застрахованные	10%: исключенные из ОМС (самозанятые, государственные служащие)
Страховое обеспечение	Единое для всех: стационарное лечение, амбулаторное лечение, лекарства, стоматология, реабилитация, транспорт и пособие по болезни Принцип индивидуального пособия в натуральной форме (за исключением выплат по болезни, пособия по материнству)	Объем страхового обеспечения по выбору застрахованного Принцип возмещения расходов
Финансовое обеспечение	Доля от ФОТ (2010: 14,9%): распределяется между работодателем (7,0%) и застрахованным (7,9%); не зависит от рисков	Размер премии определен рисками
Страховщики	~168 больничных касс (самоуправляемые некоммерческие юридические лица публичного права)	~50 частных страховщиков
Перераспределение средств	от здоровых к больным от молодых к пожилым от одиноких к семьям от богатых к бедным от мужчин к женщинам	От здоровых к больным; Других перераспределений нет
Сострахование иждивенцев	Сострахование без дополнительных затрат	Сострахование до дополнительному договору с соответствующей премией

Система оказания медицинской помощи в Германии продолжает развиваться. На данный момент она функционирует точно и с максимальной отдачей. Благодаря принципам социального равенства и доступности медицинской помощи медицина Германии имеет все

основания на то, чтобы и дальше занимать почетное место среди лидеров мирового здравоохранения.

Список литературы

1. Антропов В. В. Здравоохранение в Германии: исцеление для всех // Современная Европа. – 2005. - №2. - С.124-125
2. Меликсетян С.Н., Карепина О.И. Развитие государственного финансового контроля в сфере здравоохранения // Финансы и кредит. – 2016. - №30. - С. 33-49
3. Панько В.Р, Меликсетян С.Н. Особенности финансирования системы здравоохранения в Германии и России // Современные научные исследования и разработки. - 2018. - №3. - С. 440-443.
4. Резников Давид-Анатоль. Организация медицинской помощи больным в Германии. Принципы и основы страховой медицины // Вестник современной клинической медицины. - 2010. - №2. – С. 66-72

УДК 336.1

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США

Демидова Алёна Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор Косинова Наталья Николаевна

Состояние здоровья населения страны зависит от эффективности функционирования системы здравоохранения и является фактором национальной безопасности страны. Именно поэтому одним из приоритетных направлений развития Соединенных Штатов Америки является эффективное финансирование области здравоохранения, а также инновационное развитие в данной области. [1]

США являются лидерами в ряду экономически развитых стран, в том числе и в сфере здравоохранения. Так как, расходы на здравоохранение существенно больше, чем в любой другой стране, как в абсолютных цифрах, так и в соотношении с валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения и составили 3,3 трлн. долл. (17,8% ВВП), или 10348 долл. на человека. [2]

Выделяют ряд особенностей управления финансированием здравоохранения в США:

- многоканальность финансирования, которая включает благотворительность, добровольное частное медицинское страхование, а также государственную поддержку. Одним из распространённых видов страхования является страхование работников работодателями. Существует несколько вариантов договоров, различающихся по цене. Fee For Service (FFS) – самый дорогой договор, по которому застрахованный имеет право получить медицинскую услугу в любом медицинском учреждении. Договор POS расположен в среднем ценовом сегменте и является «местом обслуживания», то есть застрахованный имеет право выбрать врача общей практики, который будет его обслуживать и рекомендовать медицинское учреждение, в котором можно получить специализированные услуги при необходимости;

- недостаёт четкой системы организации и управления здравоохранением. Преобладающими могут быть или финансовые источники в рамках частного медицинского страхования, или за счет благотворительности (зависит от штата);

- государственная поддержка, которая осуществляется в виде таких государственных программ, как Medicaid, Medicare и Tricare.

Программа Medicaid предполагает оказание медицинской помощи людям, имеющим низкий уровень дохода. Благодаря данной программе финансируется помощь менее, чем половине населения с доходом ниже уровня бедности (свыше 7 тыс. долл. в год для одиноких, около 12 тыс. долл. для семей из трех человек и 16 тыс. долл. на семью из четырех человек). Основная часть участников данной программы – это дети из семей с низким уровнем доходов или их семьи в целом. Что же касается затрат, то большинство денежных средств идут на тех,

кто длительно пребывает в домах престарелых, а также на оказание медицинской помощи инвалидам. Программа Medicaid финансируется федеральным правительством и на уровне штатов. [3]

Программа Medicare (была реализуема с 1966 года) предусматривает оказание бесплатной медицинской помощи лицам, которые старше 65 лет, покрывая при этом счета на 80%, оставшиеся 20% выплачивает пациент. Существует условие, в рамках которого будет осуществляться предоставление пациенту медицинской помощи по данной программе – это наличие 10-летнего стажа работы (40 кварталов) лица или его супруга на предприятиях, которые участвуют в программе. Источниками финансирования программы Medicare служат: налог на прибыль корпораций, налог на фонд заработной платы, а также прогрессивный подоходный налог. [4]

Tricare – американская государственная программа медицинского страхования военнослужащих, ветеранов, а также членов их семей.

Таким образом, в США государством не гарантируется оказание бесплатной и равноправной медицинской помощи всем слоям населения, что является существенным недостатком. В следствие этого, большая часть населения оплачивает предоставляемые медицинские услуги либо за свой счёт, либо с использованием добровольного частного страхования, либо за счёт благотворительных фондов. [5]

Если сравнить государственные расходы на здравоохранение, то они в ВВП на душу населения в год в США в 1,4 раза выше, чем в «старых» странах Европейского Союза (2807 \$), в 1,7 раза выше, чем в среднем в странах организации экономического сотрудничества и развития (2364 \$), в 4 раза выше, чем в «новых» странах Европейского Союза. Следовательно, в медицину США вкладываются огромные финансовые средства, и она является одной из самых дорогих в мире.

Однако в США большой рост расходов на здравоохранение сопровождается не значительным улучшением здоровья населения, об этом свидетельствуют данные ВОЗ, по которым США занимает 33-е место в мире. Также об этом свидетельствует 37 место в мире по уровню оказания медицинской помощи, один из самых высоких уровней младенческой смертности среди развитых стран и только 30-е место по ожидаемой продолжительности жизни. [6]

Таким образом, система финансирования здравоохранения США не является абсолютно эффективной, и применительно к этой системе возможно улучшение показателей эффективности.

Список литературы

1. "Система здравоохранения США должна быть принципиально реформирована" // Электронный ресурс: medlinks/article.php?sid=34138. Ссылка активна на 29.10.18.
2. Улумбекова, Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России. // Электронный ресурс: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/>. Ссылка активна на 29.10.18.
3. Зевелева, Г.Н. Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992-2012 гг.: борьба за реформы. М. - 2012.- С. 104.
4. Иванова, М.С. Финансирование системы здравоохранения: Россия и зарубежный опыт // Адвокат.-2014.-№ 12.- С.5-11.
5. "Общие сведения об американском здравоохранении" // Электронный ресурс: andros/usa/us_cure_1.html. Ссылка активна на 29.10.18.
6. Всемирная организация здравоохранения // Электронный ресурс: <http://www.who.int/ru>. Ссылка активна на 29.10.18.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ*Зейналлы Рафаэль Риза Оглы*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента ВолГМУ

С.Е. Ситникова

Здравоохранение – важная отрасль экономики, которая отвечает за основную государственную ценность – человеческий капитал, а именно за здоровье и уровень жизни гражданина страны.

Проблема финансирования здравоохранения в настоящее время является значимой и актуальной, так как в РФ проходит реформирование данной отрасли. Целью реформы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Вопросы финансирования в настоящее время стоят наиболее остро, так как средства бюджетов всех уровней ограничены [5].

В целях исследования финансирования здравоохранения России, рассмотрим основные показатели, характеризующие развитие здравоохранения; проанализируем текущую ситуацию бюджетного финансирования учреждений здравоохранения, а также финансирование здравоохранения Волгоградской области.

В Российской Федерации финансирование здравоохранения осуществляется преимущественно за счет средств бюджета. Поэтому особую роль в данном вопросе играет государственное регулирование: расходы бюджета на здравоохранение, реализуемые государственные программы и т.п.

В России совершенствуется система здравоохранения, в частности реализуется ряд целевых программ, развивается материально-техническая база и качество оказываемых медицинских услуг, внедряются новейшие технологии и разработки, увеличиваются расходы консолидированных бюджетов на здравоохранение.

26 декабря 2017 года была утверждена Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», проводимая по девяти направлениям. Сроки реализации Госпрограммы - 2018-2025 гг. Результатами развития отрасли к 2025 году должны стать: увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении 76,0 лет; снижение смертности населения в трудоспособном возрасте до 380 на 100 тыс. населения; снижение смертности от болезней системы кровообращения до 500 на 100 тыс. населения; снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 185 на 100 тыс. населения; повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи до 54 %.

Рассмотрим источники финансирования расходов на здравоохранение в 2015-2017 годах (рисунок 1).

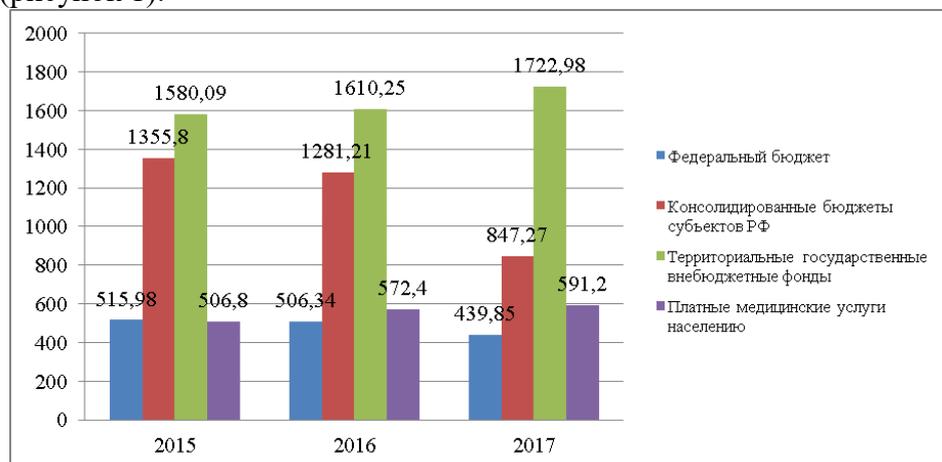


Рисунок 1 — Источники финансирования расходов на здравоохранение, 2015-2017 гг., млрд.руб.

Диаграмма источников финансирования расходов на здравоохранение показывает, что за последние три года происходит общее снижение объемов финансирования здравоохранения за счет бюджетов и рост расходов населения на платные услуги здравоохранения. Снижение объемов финансирования здравоохранения имеет место на фоне сокращения реальных располагаемых доходов населения и, соответственно, сокращения возможности населения обращаться к платным медицинским услугам.

Относительно финансирования здравоохранения Волгоградской области, отметим, что финансирование гарантий здравоохранения по линии ТФ ОМС в 2018 году выросло на 21%, по сравнению с 2017 годом, т.е. на 4,7 миллиарда рублей. Общий объем направляемых на медицину средств составил около 27 миллиардов рублей.

Основная часть средств идет на оказание бесплатной медпомощи. Еще часть денег направлена на увеличение зарплаты врачам, медсестрам и младшим медработникам. Кроме того, средства выделены на покупку оборудования для больниц и поликлиник, а также на проведение текущих ремонтов и оплату коммунальных услуг.

Отметим, что в 2018 году впервые область получила из федеральной казны 300 миллионов рублей на улучшение материально-технической базы детских поликлиник и повышение доступности первичной медпомощи жителям сел.

На основании проведенного исследования сделаем вывод о том, что в настоящее время для улучшения здоровья населения необходимо проведение комплексных мер, которые будут направлены на увеличение объемов финансирования здравоохранения, профилактических мероприятий в области здорового образа жизни и создания благоприятных условий для жизнедеятельности.

Список литературы

1. Отчет об исполнении консолидированного бюджета [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства Финансов Российской Федерации – URL: <https://www.minfin.ru/ru/statistics/conbud>
2. Отчет об исполнении федерального бюджета [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства Финансов Российской Федерации – URL: <https://www.minfin.ru/ru/statistics/fedbud/>
3. Официальная статистика. Здравоохранение - [Электронный ресурс] – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/
4. Даниелян М.Г. Анализ источников финансирования здравоохранения на современном этапе // Современные научные исследования и инновации. 2018. № 6 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/06/69719>
5. Филичкина Ю.Ю., Семакина М.А. Проблемы системы здравоохранения в современных условиях // Studium. - 2017. № 1-2 (22-23). - С. 7

УДК 331.2:614.23

ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ВРАЧА В РОССИИ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ СТОЛЕТИЕ

Демидова Алёна Александровна, Фролова Ирина Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ Шестакова
Ирина Валерьевна

Одним из актуальных вопросов современной России является вопрос о заработной плате врачей. Эта тема весьма интересна не только людям, работающим в сфере здравоохранения, но и обычным гражданам, которые пользуются услугами медицины. Система оплаты труда медицинских работников существенно трансформировалась с изменением государственного строя. Что можно рассмотреть на примере здравоохранения Российской империи, СССР и современной медицины.

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 постоянно 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. [3]

Таким образом, можно сделать вывод, что на жалование в 160-230 руб. в месяц врачи могли позволить себе многое.

Исторические события 1917 г. внесли своё изменение в государственный строй страны. Так же по стране прокатилась волна эпидемий, холер, оспы и тифа. Ситуация усугубилась повсеместной нехваткой квалифицированных кадров, оборудования и медикаментов. [1]

После окончания Гражданской войны и перехода к Новой экономической политике главное внимание Наркомздрава было обращено на восстановление и развертывание новых медицинских учреждений, на проведение широких профилактических мер по оздоровлению труда и быта. Огромная роль в организации и проведении профилактических мер по оздоровлению принадлежит Николаю Александровичу Семашко Первому наркому Народного Комиссариата здравоохранения. Благодаря его работе здравоохранение вышло на качественный уровень, что позволило во много раз повысить уровень здоровья населения.

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.

Во вторую пятилетку расходы на здравоохранение, рабочий отдых, физкультуру составили 19,6 млрд. рублей. [3]

Наиболее благополучными являются 70-80 годы 20 века. В это время средняя заработная плата высококвалифицированного медика в Советском Союзе составляла 115-120 рублей, старшей медицинской сестры 90 рублей, медицинской сестры 70 рублей. Для повышения дохода многим врачам приходилось трудиться на полторы, две ставки. За месяц выходило около 200 рублей, но работать приходилось практически бесценно. Однако у врачей некоторых специальностей был дополнительный заработок, получаемый в конвертах. Такой доход превышал среднемесячную заработную плату врача и позволял ему приобрести современную технику и товары, которые редко можно было встретить на полках в магазине.

Таким образом, получается, что средняя зарплата врача в СССР составляла около 150 рублей.

В 90-е годы политические изменения, смена экономической стратегии страны, распад СССР привели к серьезным проблемам в системе здравоохранения.

В последнее время ситуация стала меняться, после майского указа Президента РФ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», в котором была утверждена ДОРОЖНАЯ КАРТА, затрагивающая интересы медицинских работников здравоохранения в связи с повышением их оплаты труда. Заметна тенденция увеличения заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

По итогам 2017 г средняя заработная плата российских врачей составила 56 445 руб., среднего медперсонала - 30 246, младшего – 21 413 рублей. В январе был достигнут показатель 200% от средней заработной платы по региону, который должен выполняться в течение всего 2018 года. Таким образом, средняя зарплата врачей составила 72 376 руб., среднего медицинского персонала - 36 221, младшего — 33 509 рублей. [5]

Таким образом, можно сделать вывод, что в последствие изменении государственного строя зарплата врачей существенно изменилась. В последнее время тенденция увеличения заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Надеемся, что правительство не поменяет этот курс и в скором времени зарплата врачей вне зависимости от региона станет более достойной.

Список литературы

1. Веселовский Б.Б. Главные основания проекта сельской земской больницы. 1874. С. 1–2.
2. Ежедневная медицинская газета. Русский врач. № 18, май 1915 г.
3. История индустриализации СССР 1926—1928 гг. Издательство Наука, Москва, 1969.
4. 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. Доступно по:

УДК 614.2:33:312.28

ПОКАЗАТЕЛЬ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ – СВЯЗЬ С УРОВНЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шкарин Владимир Вячеславович,

Ивашева Виктория Васильевна, Емельянова Ольга Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Один из важнейших показателей для оценки эффективности функционирования национальных систем здравоохранения является показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), под которым понимают число лет, которое в среднем предстояло бы прожить человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения по возрастной смертность останется на уровне того года, для которого вычислен показатель.

ОПЖ является интегральным демографическим показателем, на значение которого влияет множество факторов, в частности экономический уровень развития страны и доля средств, выделяемых на здравоохранение. Сравнительный анализ ОПЖ России с «новыми» и «старыми» странами Европейского Союза, сопоставимыми с Россией по уровню экономического развития, показал явное отставание нашей страны по данному показателю (рис.1) [1].

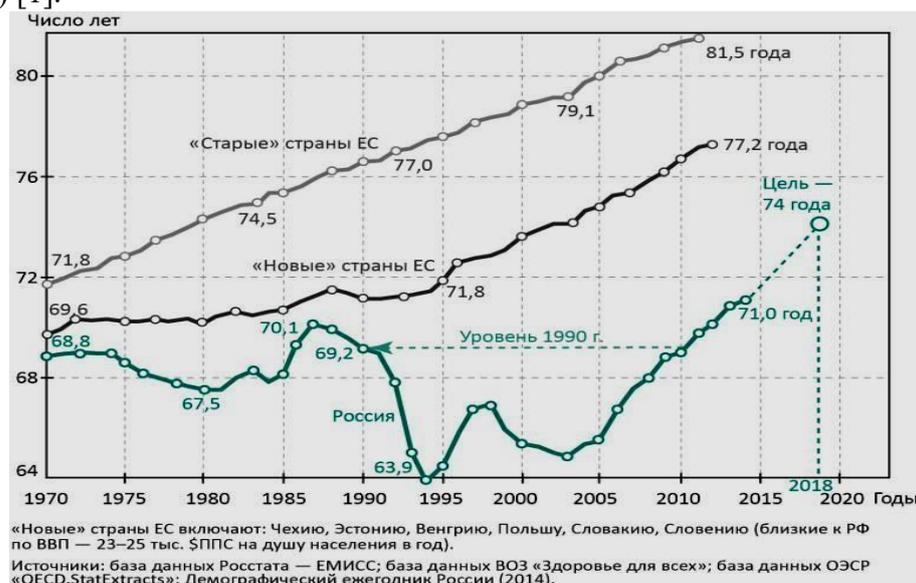


Рис. 1 Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, «новых» и «старых» странах Европейского Союза.

Приведенная динамика также демонстрирует, как социально-экономическая ситуация в стране отражается на показателе ОПЖ (кризис 1990-х годов, экономический спад 2003-2004 годов).

Вместе с тем, за последние десять лет в РФ отмечается рост показателя ОПЖ более чем на 7 лет. В 2017 году его значение достигло 72,7 лет, в основном за счет снижения уровня младенческой смертности и смертности трудоспособного населения. Так, по сравнению с 2006 годом уровень младенческой смертности снизился на 46,1%, достигнув в 2017 г. значения 5,5 на 1 тыс. родившихся живыми. Это стало возможным благодаря дополнительному финансированию службы охраны материнства и детства, в частности была внедрена программа "Родовой сертификат", реализован национальный приоритетный проект «Здоровье», а также программа модернизации здравоохранения Российской Федерации. Это позволило оснастить современным оборудованием женские консультации и родильные дома, повысить эффективность пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода и неонатологического скрининга у новорожденных, построить и оснастить десятки перинатальных центров в наиболее остро нуждающихся субъектах РФ.

Показатель смертности трудоспособного населения, также уменьшился на 30,5% по сравнению с 2006 годом и составил в 2017 г. 473,4 человека на 100 тыс. населения соответствующего возраста [2]. Это стало возможным благодаря внедрению принципов ЗОЖ, модернизации скорой медицинской помощи, совершенствованию маршрутизации пациентов, укреплению материально-технической базы медицинских организаций, увеличению объемов высокотехнологической помощи и ряду других мероприятий.

Таким образом, выбор приоритетных направлений, формирование целевых программ и увеличение финансирования по избранным стратегическим направлениям - это инструмент, позволяющий получить рост показателя ОПЖ. Тем не менее, обеспечить увеличение к 2018 году ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет, при существующем уровне финансирования здравоохранения, пока не удалось [3].

Доля расходов на здравоохранение от валового внутреннего продукта (ВВП) в 2017 году в России находилась на уровне 2006 года – 3,6% (рис.2). С 2007 по 2014 гг. отмечался некоторый рост финансирования системы здравоохранения, тем не менее Россия не смогла увеличить расходы на эту сферу относительно объема национальной экономики и приблизиться к рекомендуемому показателю ВОЗ – 6%.

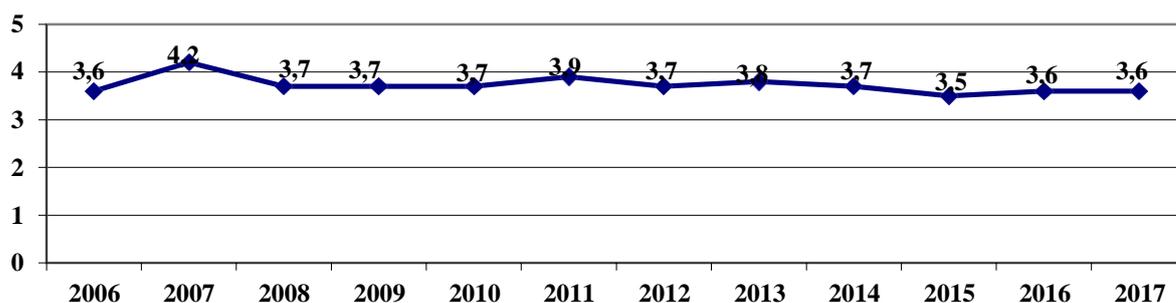


Рис. 2 Доля расходов на здравоохранение в России от ВВП

Экспертами ВОЗ установлен график зависимости ОПЖ от уровня государственных расходов на здравоохранение, в соответствии с которым в зоне подушевого финансирования от 400\$ до 1700\$ ППС (паритет покупательной способности) дополнительные финансовые вложения в сферу здравоохранения «откликаются» существенным улучшением показателя ОПЖ [1]. Это означает, что при низких расходах на здравоохранение введение дополнительных ресурсов приводит к значительному прогрессу в показателях здоровья населения, но затем эти показатели растут все медленнее и медленнее, так как существует биологически определяемый верхний предел возможного влияния медицинского вмешательства на показатели здоровья (рис.3). Как видно на графике Россия в этом плане пока

находится в зоне высокой степени зависимости роста ОПЖ от уровня финансирования здравоохранения.

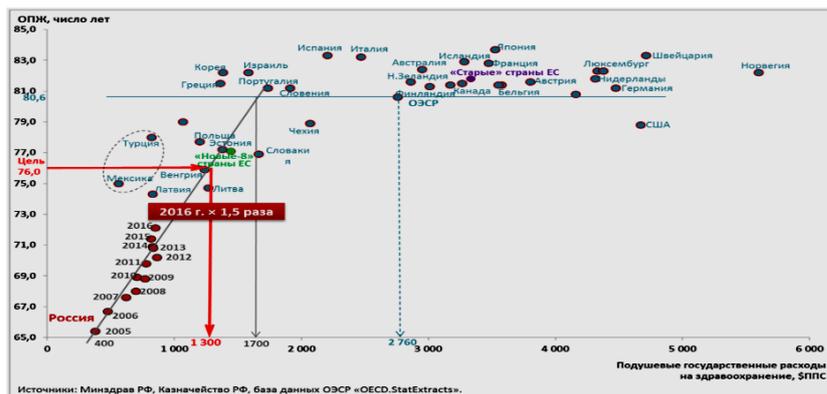


Рис.3 Зависимость уровня ОПЖ от государственных расходов на здравоохранение (ППС \$).

Президентом РФ в Майском Указе № 204 от 07.05.2018 г. поставлена задача достижения ОПЖ к 2024 году - 78 лет, а к 2030 – 80 лет [4]. Однако в настоящее время дополнительное сохранение жизней граждан невозможно без дальнейшего значимого увеличения государственного финансирования здравоохранения, кратность роста которого и описывает приведенный выше график (рис.3.). При этом особую роль играет определение приоритетных направлений финансирования, главным образом распределение средств между первичной медико-санитарной помощью и высокотехнологичной. Ориентация на поддержку и развитие именно первичной медицинской помощи позволит гарантировать право большинства граждан на сохранение здоровья и создаст предпосылки для дальнейшего увеличения уровня ОПЖ.

Список литературы

1. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Меди, 2015. – С. 704.
2. Демография. Медико-социальные аспекты: учебное пособие / В.В.Шкарин, Н.П.Багметов, В.В.Ивашева, О.С.Емельянова – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. – С. 128.
3. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации".
4. Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

УДК 336.5.02

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОЕКТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Захарова Наталья Дмитриевна, Езангина Ирина Александровна

Россия, Волгоградский государственный технический университет

В настоящее время проекты в здравоохранении имеют стратегическое значение для государства. Данная отрасль, наряду с другими приоритетными для российской экономики отраслями нуждается в притоке инвестиций и рациональном перераспределении финансовых ресурсов для наиболее эффективного развития медицинских и фармацевтических услуг.

В проекте Стратегии пространственного развития РФ на период до 2025 года, представленной Минэкономразвития РФ, указаны направления развития здравоохранительной сферы, в число которых входят: формирование и развитие крупных многопрофильных медицинских центров, в том числе национальных медицинских исследовательских центров, осуществляющих научно-исследовательскую и образовательную деятельность, разработку и

внедрение инновационных медицинских технологий, экспорт медицинских услуг, предоставление высокотехнологичной медицинской помощи [1].

Объективно, проектное финансирование является результативным инструментом, который способствует решению данных задач. Проектное финансирование – это финансовый инструмент реализации инвестиционных проектов, при котором источником обслуживания долговых обязательств является будущая прибыль от реализации проекта. Инструменты проектного финансирования в своей деятельности используют разнообразные финансовые институты – банки, институты развития, инвестиционные фонды и др.

По данным Минэкономразвития, к настоящему времени реализованы или реализуются ряд значимых проектов в области здравоохранения (таблица 1).

Таблица 1. Инвестиционные проекты, реализованные с помощью проектного финансирования, в сфере здравоохранения

Проект	Заемщик	Банк-кредитор	Сумма (млн. руб.) и срок кредита
Создание высокотехнологичного производства вакцин и фармпрепаратов с использованием наноматериалов по стандартам GMP на базе биомедицинского комплекса "Нанолек" в Оричевском районе Кировской области Срок реализации: 2014-2016гг.	ООО «Нанолек», г. Москва	ПАО Сбербанк	822; 7,5 лет
Создание производства импортозамещающих фармацевтических субстанций и готовых лекарственных средств в Ярославской области Срок реализации: 2012-2018 гг.	ЗАО «Р-Фарм», г. Москва	Внешэкономбанк	Кредит 1: 2 700; 8 лет; Кредит 2: 2 480; 7 лет; Кредит 3: 9 430; 8 лет
Создание онкорadiологического центра в городе Балашиха Московской области, обеспечивающего высокий уровень медицинских услуг для пациентов и способствующий повышению продолжительности и качества жизни населения Московской области Срок реализации: 2014-2027 гг.	ООО «ПЭТ-Технолоджи Балашиха», Московская обл.	АО Газпромбанк	1 628; 7 лет
Создание онкорadiологического центра в городе Подольск Московской области, обеспечивающего высокий уровень медицинских услуг для пациентов и способствующий повышению продолжительности и качества жизни населения Московской области Срок реализации: 2014-2027 г	ООО «ПЭТ-Технолоджи Подольск», Московская обл.	АО Газпромбанк	1 069; 7 лет

Источник: [1]

Ранее существовавшие Федеральный центр проектного финансирования (ФЦПФ) и АО «ВЭБ-Инжиниринг», которые в сентябре 2018г. вошли в состав АО «ВЭБ Инфраструктура» действуют под началом Внешэкономбанка, национального института развития. В качестве цели своей деятельности ИнфраВЭБ провозглашает подготовку и реализацию проектов в приоритетных сферах, в том числе и в социальной инфраструктуре. Организация проектного финансирования является ведущим инструментом финансирования.

В сентябре 2017г. между ФЦПФ и Федеральным медико-биологическим агентством было подписано соглашение в целях подготовки и реализации инвестиционного проекта «Создание национального оператора 4П Медицины» и других проектов в области здравоохранения. Проект предполагает создание IT-системы, к которой, помимо конечных потребителей услуг, будут подключены все причастные к охране здоровья организации, такие как клиники, диагностические лаборатории, фитнес-центры, пациенты и их работодатели, страховщики и др. [2]

В 2017г. Внешэкономбанк (ВЭБ) предоставил финансирование для производства радиофармацевтического препарата на основе стронция-82. Цель проекта – удовлетворение потребности здравоохранения в процедурах кардиологической ПЭТ-диагностики. Общая стоимость проекта – 3276,9 млн. рублей, тогда как объем участия ВЭБ составляет 1844,7 млн. рублей.

Кроме того, проект «Организация высокотехнологичного производства биологических субстанций и готовых лекарственных форм для лечения сложных онкологических и аутоиммунных заболеваний» компании ЗАО Биокад с участием Внешэкономбанка стал лауреатом российской премии на лучший проект в сфере инноваций и высоких технологий [3].

В начале 2018г. между Внешэкономбанком и Центром развития ядерной медицины было подписано соглашение о реализации проекта по организации производства активной фармацевтической субстанции стронция-84 (ЛС 82Sr), общая стоимость которого составляет 3,2 млрд. руб. Инвестиционный проект будет осуществлен с помощью механизма фабрики проектного финансирования. Его краткая схема следующая: заемщику предоставляется синдицированный кредит, который будет разделен на несколько траншей в виде облигаций с различными степенями риска и доходности [4].

Газпромбанк также является одним из лидеров российского рынка проектного финансирования. Наряду с проектами банка, указанными в таблице 1, в портфеле существуют другие проекты на основе государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения. Проекты ГЧП являются формой проектного финансирования. Источником возврата кредита являются платежи от публичного партнера уровня субъекта РФ и выше. Так, например в 2017 году анонсировано строительство нового реабилитационного корпуса для ГБ №40 в г. Санкт-Петербург. Стоимость проекта составляет более 8 млрд. руб, тогда как участие Газпромбанка – 2 млрд. руб. [5]

Таким образом, сфера здравоохранения привлекает достаточно инвестиций. Реализация проектов предполагает не только строительство и ввод в эксплуатацию новых медицинских центров, но также производство и массовый сбыт новейших лекарств и препаратов, способствующих лечению болезней населения.

Список литературы.

1. Министерство экономического развития [Электронный ресурс]: официальный сайт. – Режим доступа: <http://economy.gov.ru/> (дата обрац. 27.09.2018).
2. ВЭБ и ФМБА России поддержат проекты медицины будущего [Электронный ресурс] // Банк развития ВЭБ: официальный сайт. – Режим доступа: <http://vebinfra.ru/media/veb-i-fmba-rossii-podderzhat-proekty-meditsiny-budushchego/> (дата обрац. 27.09.2018).
3. Годовая отчетность Внешэкономбанка за 2017 г. [Электронный ресурс] // Банк развития ВЭБ: официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.veb.ru/ifi/rep/annual/> (дата обрац. 27.09.2018).

4. ВЭБ подписал первые соглашения в рамках фабрики проектного финансирования [Электронный ресурс] // Интерфакс: официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.interfax.ru/rusinvestforum/600160> (дата обрац. 14.03.2018).

5. Опыт Банка ГПБ (АО) в реализации ГЧП-проектов [Электронный ресурс] // НИУ ВШЭ: официальный сайт. – Режим доступа: <https://hse.ru/> (дата обрац. 14.03.2018).

УДК 614 (613:71)

ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДОПУСКА К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ У СОВЕРШЕНОЛЕТНИХ

Глинская Алена Викторовна

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

Согласно Федеральному государственному стандарту высшего образования занятия по физической культуре и спорту являются обязательными для обучающихся по очной форме обучения в высших учебных заведениях. Они способствуют формированию здоровых привычек, поддержанию физической активности, развитию мотивации для ведения здорового образа жизни в будущем. Это актуально и для студентов ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России всех направлений подготовки и специальностей. Однако занятия по физической культуре сопряжены с определенным риском для здоровья, так лицам с определенными заболеваниями противопоказаны некоторые виды физической активности и нагрузок. В связи с этим законодательно установлены нормы допуска студентов к занятиям физкультурой. Но реализация этих норм сопряжена с определенными трудностями. Рассмотрим их на примере Волгоградского медицинского университета.

Проведение занятий физической культурой и сопутствующая медицинская помощь регламентируется рядом нормативных документов: Федеральным законом от 04.12.2007 №329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации", Федеральным законом от 29.12.2012 №273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", Приказом Минздрава России от 01.03.2016 №134н "О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" и Приказом Минздрава России от 10.08.2017 №514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".

Федеральный закон №273-ФЗ обязывает образовательную организацию контролировать прохождение профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом, и диспансеризации, которые они должны проходить по месту получения первичной медико-санитарной помощи. Приказ №514н регламентирует проведение медицинского осмотра несовершеннолетних и выдачу «Медицинского заключения о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой», данный осмотр входит в программу госгарантий [4]. Обычно этот медицинский осмотр граждане проходят бесплатно еще в школе перед поступлением в ВУЗ. Финансирование же медицинского осмотра совершеннолетних студентов, не являющихся членами сборных команд, в законодательстве строго не регламентировано. Однако проведение осмотров с профилактической целью в связи с преимущественно поддушевым финансированием амбулаторной медицинской помощи и оказанием медицинской помощи по территориальному принципу должно проводиться в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, т.е. по месту прикрепления. Но обучающиеся в высших заведениях, зачастую являются иногородними, в ВолгГМУ - составляют от 30 до 70% в зависимости от факультета и чаще имеют прикрепление к поликлинике по месту постоянной

прописки, таким образом, должны уехать (пропустить занятия) для прохождения той части медицинского осмотра регламентированного приказом №134н, которая входит в госгарантии. Но и у студентов проживающих в г. Волгограде возникает сложность пройти профилактический осмотр с целью допуска к занятиям физической культурой, т.к. он не входит в перечень госгарантий. Большинство студентов не подходят под указанные категории (госслужащие, дети-сироты), первая диспансеризация проходит в 21 год, профилактический осмотр можно проходить 1 раз в 2 года. Соответственно, пройдя профилактический осмотр в 19 лет, только в 21 год можно пройти диспансеризацию. Медицинский допуск к занятиям физической культурой же должен получаться ежегодно.

Таким образом, образовательная организация должна контролировать наличие допуска к занятиям физической культурой, но не проводить или оплачивать, а у совершеннолетних обучающихся учреждений высшего образования возникают сложности в его получении, связанные с необходимостью прохождения медосмотра по месту жительства и за личные средства. Решением данной проблемы может стать внесение в программу госгарантий медицинского осмотра обучающихся очной формы для допуска к занятиям физической культурой и сдаче нормативов ГТО или выделение бюджета для проведения данного вида осмотров для медицинских организаций.

Список литературы.

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Федеральным законом от 04.12.2007 N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации".
3. Федеральным законом от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
4. Постановление Правительства РФ от 08.12.2017 N 1492 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов".
5. Приказ Минздрава России от 01.03.2016 N 134н "О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне».

4. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 614.2:94

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В XIX ВЕКЕ

Чернышева Ирина Валерьевна, Белова Любовь Ивановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В современном социуме одним из важнейших социально-экономических показателей является состояние общественного здоровья, которое выявляет специфику общества как социального организма; является составляющим фактором внутреннего валового продукта и в целом характеризует жизнеспособность общества [1]. Под общественным здоровьем понимают совокупное здоровье людей, проживающих на данной территории или государства в целом.

Переломным моментом в понимании важности общественного здоровья для развития общества, государства и человека, можно считать XIX век, в конце которого определилось развитие основного направления общественного здоровья до наших дней. Винслоу назвал данный период «Великое санитарное пробуждение», условиями которого стали совокупные успехи в развитии науки, медицины и общественной мысли, уделявшие большое внимание различным аспектам здоровья человека и общества. К.Ф. Троеновский отмечал, что «Из всех благ жизни цветущее здоровье – самое истинное, самое великое. Оно должно быть ценимо в юных летах не менее, чем в летах зрелых. Кроме того, оно, как для бедного, та и для среднего класса человека, – самое важное условие для жизни. Физическая сила зависит от более или менее здорового состояния всех органов нашего тела, а последе влияет весьма существенно и на нравственную и умственную силы» [2, с.3]. В XIX веке можно говорить о взаимосвязи прогресса в укреплении общественного здоровья с общим прогрессом научной гигиены. Основателем этого направления в Германии считают М. фон Петтенкофера, который включил в свое руководство по гигиене раздел «Социальная гигиена».

Следует отметить, что инфекционные заболевания всегда сопутствовали человеческим сообществам. В начале XIX в. заболевания, мучившие человечество столетиями, снова унесли множество жизней. Эпидемии брюшного тифа, туберкулеза, коклюша, скарлатины, дифтерии и натуральной оспы были частым и страшным явлением. Индустриализация с ее концентрацией рабочей силы и переполненными жилищами привела к тому, что население стало более восприимчивым к болезни и состояниям, в которых болезнь легче передавалась [3]. Необходимы были срочные меры, и человеком, заявившим о необходимости преобразований, стал Джереми Бентам, ведущий представитель новой философской доктрины о свободе воли. Поскольку здоровье, по его мнению, является основным условием человеческого счастья, Бентам приступил к разработке реформ, необходимых обществу.

Сторонником Бентама был и Эдвин Чедвик, юрист, которого интересовали социальные проблемы. Он видел главную причину плохого состояния здоровья народа в их нищете. Его исследования обнаружили ужасные жилищные условия, плохое водоснабжение, частое загрязнение имеющихся источников воды, а также частое отсутствие канализации. С ростом урбанизации в XIX веке ухудшались условия жизни в районах рабочего класса, и распространение болезней стало неудержимым. В Лондоне оспа, холера, брюшной тиф и туберкулез достигли беспрецедентного уровня. По некоторым данным от оспы умирал 1 из 10 человек. Детская смертность достигала ужасающих размеров; в Лондоне в период 1790-1809 гг. более половины детей рабочих умирали, не достигнув пяти лет. [4]. Согласно некоторым подсчетам, более половины детского населения умерло, не дожив до 10 лет [5]. Вскоре после назначения Чедвика секретарем комиссии, был представлен отчет о здоровье жителей Лондона, который выявил поистине ужасающее положение дел. В одном из лондонских приходов, население которого составляло 77 000 человек, 14 000 людей ежегодно заболевали какой-либо болезнью, и 25% из них от этих болезней умирали [5]. В 1834 г. с принятием Закона о бедных Чедвика, впервые появилась возможность оказать давление на власть. Дж. Саймон,

будучи главным врачом английской службы здравоохранения, провел серию исследований главных причин смертности населения. Однако, первая кафедра по социальной медицине была создана в Англии только в 1943 г. Дж. Райлем в Оксфорде.

Данные проблемы были не только в Европе. В Нью-Йорке еще в 1865 году «грязь и мусор накапливаются на улицах до глубины, иногда на два или три фута». Во время обследования многоквартирных домов в 16 округе штата Нью-Йорк инспекторы обнаружили более 1200 случаев оспы и более 2000 случаев тифа [4]. В Массачусетсе в 1850 году смертность от туберкулеза составляла 300 на 100000 населения, а детская смертность составляла около 200 на 1000 новорождённых [6]. В США главная роль в санитарных реформах принадлежала Лемюэлю Шаттуку, который в 1850 г. опубликовал результаты исследования санитарных условий в Массачусетсе. Шаттук обнаружил существенную разницу в продолжительности жизни людей из разных социальных классов и на основе этого сделал вывод: «Мы считаем, что создание условий для прекрасного здоровья, будь то одного человека или всего общества, возможно, но делается это либо очень редко, либо не делается вообще; средняя продолжительность жизни человека могла бы быть намного дольше, а физические возможности намного выше; тысячи людей, которые умирают, могли быть спасены; десятки тысяч случаев заболеваний можно было бы предотвратить; поскольку у большого числа людей ослабленное здоровье и физическая немощь не вызваны какой-либо болезнью...» [7].

Основателем социальной гигиены как науки в Германии можно считать А. Гротьяна, который в конце XIX-начале XX века указывал на то, что : «Гигиена должна... изучать подробно влияния общественных отношений, и социальной среды, в которой люди рождаются, живут, работают, наслаждаются, продолжают свой род и умирают. Так она становится социальной гигиеной, которая выступает рядом с физико-биологической гигиеной как ее дополнение». По его мнению, особое внимание необходимо уделять анализу условий, в которых человек взаимодействует с окружающей средой.

Развитию социальной гигиены в России способствовали Ф.Ф. Эрисман, П.И. Куркин, З.Г.Френкель, Н. А. Семашко и З.П. Соловьев. Из крупных российских социал-гигиенистов необходимо отметить Г.А. Баткиса, который был известным исследователем и автором ряда теоретических трудов по социальной гигиене, разработавшим оригинальные статистические методики изучения санитарного состояния населения и ряд методов работы медицинских учреждений (новая система активного патронажа новорожденных, метод анамнестических демо-графических исследований и др.).

Следует отметить, что в XIX веке новые идеи о причинах болезней и социальной ответственности стимулировали развитие учреждений общественного здравоохранения. Поскольку были выявлены экологические и социальные причины заболеваний, социальные действия оказались эффективным способом борьбы с болезнями. Когда здоровье перестало быть просто личной ответственностью, стало необходимо создавать общественные советы, учреждения для защиты здоровья граждан. Таким образом, прорыв в науке и медицине, санитарные и социальные реформы легли в основу понимания важности общественного здоровья и формирования системы общественного здравоохранения.

Список литературы

1. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. -М. Медицина, 1992.
2. Троеновский К.Ф. Здравоохранение личное и общественное: краткое руководство для учеб. заведений и для всеобщего употребления. - СПб.: Изд. К. Л. Риккера, 1894. - 334 с.
3. Wohl, Anthony S. Endangered Lives: Public Health in Victorian Britain. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1983.
4. Winslow, C. E. A. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. Journal of Public Health Policy, South Burlington, Vt. 1923.
5. Sand R., The Advance to Social Medicine. Staples Press, 1952.

6. Hanlon, G., and J. Pickett. Public Health Administration and Practice. Times Mirror/Mosby 1984.
7. On the state of the Public Health, 1979

УДК 616-057

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Зотова Валерия Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Соболев Александр Витальевич

Обеспечение качества медицинских услуг признано важнейшей частью государственной политики в сфере здравоохранения. Во многом успех этой работы зависит от функционального состояния медицинских работников лечебных учреждений.

Однако функциональная готовность напрямую связана с проблемой профессиональной деформаций личности у персонала медицинского учреждения, то есть возникновения синдрома эмоционального выгорания, в том числе под влиянием сложных условий профессиональной деятельности сферы «помогающих» профессий.

Современные исследователи трактуют синдром эмоционального выгорания (СЭВ) в самом общем виде как длительную ситуацию, возникающую вследствие продолжительных профессиональных стрессов различной интенсивности. Поэтому некоторые авторы наряду с понятием «эмоциональное выгорание» используют термин «профессиональное выгорание», подчеркивая тем самым аспект личностной деформации именно профессионала вследствие длительного стажа.

Этот синдром обычно расценивается как стресс - реакция в ответ на чрезмерные производственные и эмоциональные требования, происходящие из-за излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом [3].

В целом можно выделить следующие причины профессионального выгорания медицинских работников: психологическая неготовность к оказанию экстренной помощи, давление пациентов и их родственников, невысокая заработная плата, неоднозначные требования к работе, физические перегрузки, отсутствие полноценных выходных, огромная физическая и психологическая нагрузка и другие [7].

Совместно с Волгоградским областным центром медицинской профилактики было проведено исследование по диагностированию уровня эмоционального выгорания сотрудников (медицинского и немедицинского персонала) одной из больниц нашей области. Побудительным мотивом к этому стала не слишком благополучная картина в учреждении: большая текучесть кадров, жалобы пациентов на грубость и недостаточное внимание медицинского персонала [6].

Было установлено, что только 58% медицинских работников благополучны и адекватны в психолого-интеллектуальном плане, а практически каждый второй специалист имеет профессиональную деформацию. У 68% медицинских работников обнаружен синдром эмоционального выгорания. СЭВ поражает хирургов (63%), онкологов (79% - 80%), психиатров (80%), терапевтов (70%), медицинских сестер (55%), стоматологов (47%).

Как видно из исследования, наибольший процент СЭВ обнаружен у врачей-онкологов 79% - 80%. Это обусловлено, прежде всего, тяжестью протекания онкологических заболеваний, сопровождающихся длительным пребыванием пациентов в лечебном учреждении, наличием в большинстве случаев болевого синдрома, который психотравматически воздействует как на больного, так и на врача. Наименьший процент СЭВ обнаружен у врачей стоматологов (47%), это объясняется следующими причинами: кратковременное пребывание больного в лечебном учреждении; быстрая локализация болевого синдрома; благоприятный исход болезни.

Психиатры, у которых СЭВ диагностирован в 80 % случаев, имеют высокий процент профессиональной деформации вследствие длительного общения с пациентами, у которых нарушена психоэмоциональная сфера, мешающая установлению доверительных отношений врач - больной, а от нее зависит успешность лечебных мероприятий.

70% показатель СЭВ у терапевтов говорит о том, что процесс лечения пациентов с общей патологией более благоприятный, нежели лечение онкологических и психиатрических больных. Это обусловлено тем, что большинство заболеваний излечивается или протекает на фоне стойкой ремиссии, а значит, отсутствует постоянный неблагоприятный фон общения пациента и врача.

У хирургов СЭВ обнаружен в 63%. По нашему мнению, это обусловлено тем, что хирургические больные имеют: кратковременное пребывание в лечебном учреждении; краткосрочный контакт с врачом-хирургом.

55% показатель СЭВ у медицинских сестер свидетельствует о том, что средний медицинский персонал менее чем врачебный вовлечен в процесс общения с больным и родственниками пациента по поводу болезни - ее течения и эффективности лечения, и непропорциональном распределении ответственности за результаты лечения.

Таким образом, проведя анализ данных по диагностике СЭВ у медицинских работников можно сделать следующие выводы:

Наиболее часто СЭВ возникает у врачей, которые вовлечены в процесс лечения пациентов с нарушением психоэмоционального состояния в результате воздействия болезни (врачи-психиатры и врачи-онкологи). СЭВ возникает чаще у врачей, которые больше времени проводят с пациентом в лечебном учреждении (терапевты) и реже у врачей со скоротечным контактом с пациентами (хирурги). СЭВ возникает чаще у врачей, чем у медицинских сестер, вследствие разницы ответственности за результаты лечебного процесса и интенсивности взаимодействия с больным и его родственниками по поводу болезни.

На частоту возникновения СЭВ влияют такие факторы как, тяжесть течения болезни, длительность течения болезни, наличие или отсутствие длительного болевого синдрома, длительность пребывания пациента в лечебном учреждении, интенсивность контакта между врачом и пациентом, особенностями лечебно-охранительного режима лечебного учреждения.

Синдром эмоционального выгорания невозможно избежать вследствие того, что он является обязательным спутником отношений врач-пациент. Однако, частоту возникновения СЭВ среди медицинских работников, по нашему мнению, можно уменьшить с помощью следующих мероприятий:

Внесение изменений в традиционное функционирование лечебно-охранительного режима лечебных учреждений (регламентированный доступ к врачу со стороны пациента и его родственников). Ознакомление студентов-медиков в процессе обучения с наличием синдрома эмоционального выгорания в дисциплине "Профессиональные болезни". Введение в штат лечебного учреждения психологов или профориентация имеющихся для профилактики возникновения и лечения СЭВ у врачей и медицинских сестер с целью повышения качества медицинского обслуживания пациентов. Укомплектование штата медицинских работников лечебных учреждений и рационализация их рабочего времени. Создание благоприятной комфортной, профессиональной среды обитания для медицинских работников в стенах лечебно-профилактических учреждений (комнаты психоэмоциональной разгрузки, тренажерные залы, бассейны, ванны).

Перечень данных мероприятий позволит снизить частоту возникновения и интенсивность протекания синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников. Это в свою очередь приведет к повышению качества лечебно-оздоровительного процесса и уменьшению смертности и инвалидности среди пациентов в лечебном учреждении и за его пределами.

Список литературы

1. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. –С.178

2. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд./Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова.- СПб.: Питер, 2009. –С.336
3. Говорин Н. В., Бодагова Е. А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. – Томск, Чита : Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – С.126
4. Огнерубов Н. А., Огнерубова М. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2015. №2. – С 307-318
5. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. 2001; 22: 1: 90–101.
6. Осухова Н.Г. Сгоревшие на работе // Н.Г. Осухова – Здоровье, 2003.-№9. –С.8-12.
7. Судиловская Н.Н., Хизматулина А.М. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников // Международный журнал экспериментального образования. –2017.- № 1. – С. 125-127; — URL: <http://exeducation.ru/ru/article/view?Id=11087> (дата обращения: 28.10.2018).
8. Туран Н. К. О взаимосвязи эмоционального выгорания и профессиональной мотивации врачей общего профиля // Психология в России и за рубежом: материалы II Международная научная конференция (г. Санкт-Петербург, ноябрь 2013г.). — СПб.: Ренеме, 2013.–С.104-108.—URL:<https://moluch.ru/conf/psy/archive/109/4305/> (дата обращения: 17.10.2018).

УДК 339.13

ВОЛШЕБНАЯ СИЛА МАРКЕТИНГА. КАК РЕКЛАМА ДЕЛАЕТ ПРОДУКТЫ “ПОЛЕЗНЕЕ”

Губарева Анастасия Игоревна, Мельник Елена Валерьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента ВолГМУ Шестакова
Ирина Валерьевна

В рекламе и на упаковках разного рода продуктов содержится бесчисленное множество информации, которая является то ли полуправдой, то ли полуложью.

Потребителю не договаривают, сообщают избыточные факты, оборачивают простую информацию в красивую оболочку. И все это с единственной целью — заставить поверить, что именно этот продукт уникален и решит все насущные проблемы человека в мгновение ока.

Все эти «без холестерина», «содержит бактерии L.Casei Imutitass» — это допинг для самых обычных товаров сектора FMCG, цикл использования которых очень мал. Допинг, который искусственно, но успешно увеличивает их возможности быстро и без проблем разойтись с полок в супермаркетах; создает иллюзию уникальности.

Что любопытно, эти рекламные уловки совершенно легальны — то есть с точки зрения закона нет поводов для упреков в сторону производителя.

Протестировано/Одобрено/Рекомендовано:

Ассоциация стоматологов России рекомендует жвачки, ассоциации дерматологов одобряют кремы, а Союз педиатров России отметил почти на каждом детском бренде. Даже холодильники LG протестированы «Клиникой НИИ питания РАМН» и рекомендованы «Национальной ассоциацией диетологов и нутрициологов». Столь модная сегодня система рекомендаций — лишь рекламная технология, призванная вызывать доверие потребителя.

Эко/Био/без ГМО/100% натурально:

Число поклонников органической продукции в мире растет с каждым днем и рекламщики тут же подхватили тенденцию и использовали стремление людей покупать экологически-чистые продукты, размещая приставки «эко», «био» и «без ГМО» на всех продуктах подряд.

В странах Европейского Союза, Америке и некоторых других странах действуют законы о единых стандартах для производства продуктов с маркировкой «био». В России, Украине и Белоруссии таких стандартов нет. Соответственно штампики «не содержит ГМО» можно встретить даже на соли. Не подскажите, где у соли, соды и воды гены?

Без сахара:

Под надписью «без сахара» может скрываться еще больший вред. В состав большинства газировок с содержанием сахара 0 % входит подсластитель аспартам, и вред от такого продукта будет больше, чем от аналогичного напитка с сахаром в составе. Исследования утверждают, что он может вызывать головные боли и даже депрессию.

Подсолнечное масло без холестерина или очевидный факт, как средство рекламы:

Особая пометка на бутылках с подсолнечным маслом — «без холестерина» — должна побуждать граждан, которых волнует этот вопрос, покупать именно это масло. Далеко не все знают о том, что холестерина нет и не может быть ни в одной бутылке растительного масла любой марки. Холестерин — это природный жирный спирт, который содержится строго в животных организмах. И писать на бутылках с маслом «без холестерина», все равно что писать «без хлеба» — его там нет и так.

Восстановление иммунитета/обогащен витаминами:

Проблему сниженного иммунитета, также обострившуюся у человечества в последние годы, тоже лечат производители кисломолочных продуктов и лекарственных средств. Первые утверждают в рекламе, что иммунитет человека содержится в его желудочно-кишечном тракте, а вторые продают не имеющие доказанной эффективности экстракт эхинацеи пурпурной, опять же лизаты бактерий, сдабривая это витаминами.

Манипулирующие названия:

Фразы «по маминому рецепту», «как у бабушки» звучат хорошо. Именно на такие уловки мы незаметно попадаемся, хотя, как правило, о бесполезных, а в некоторых случаях и вредных компонентах, которые были добавлены в продукт, ни одна бабушка не слышала.

УДК 65.012.7

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «РОССИЯ: БОГАТАЯ ИЛИ БЕДНАЯ СТРАНА?»

*Долгова Валерия Андреевна, Семикин Иван Дмитриевич,
Федотов Павел Геннадьевич*

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ Шестакова Ирина Валерьевна

Наш «совершенный» мир вопреки созданию высокотехнологичных средств не смог избавиться от самых позорных и ужасающих проблем: голод, бедность, и, как следствие, главенствование неравенства между теми, кто «живет» и «выживает». Огромная разница между бедностью и богатством все еще существует, и это одна из главных проблем цивилизации в целом и Российской Федерации в частности.

Понимание данной проблемы важно, так как это то противоречие, в котором рано или поздно хочется разобраться каждому. Поэтому темой нашей работы стал вопрос о бедности и богатстве в нашей стране, об ее причинах и проявлениях. Для оценки уровня жизни граждан РФ мы использовали 2 показателя: уровень дохода и степень удовлетворенности оказанием услуг в сфере здравоохранения.

Для выполнения поставленной задачи прежде всего необходимо выяснить, что представляет собой понятия «бедность» и «богатство». С точки зрения социологии «бедные» рассматриваются как особая группа общества, характеризующаяся специфическим местом в социальной структуре, иными, чем у всего населения, возможностями и жизненными шансами. В свою очередь «богатство» - стоимость ресурсов, которыми обладает индивидуум или общество [1].

Выделяют два вида понятий: абсолютную и относительную бедность. Первое понятие рассматривается в основном как экономическое (основывается на идее существования прожиточного минимума — основных условий, которые должны быть выполнены, чтобы обеспечить физически нормальное существование человека), а второе, наиболее уместное по мнению многих социологов, соотносит бедность с общим стандартом жизни, преобладающим в конкретном обществе, основоположником данного подхода стал британский ученый П. Таунсенд [2].

Россия – первое по объему территории государство, занимающее лидирующие позиции по многим видам запасов ископаемых, имеющее огромные потенциалы роста. Однако многие зарубежные аналитики и рейтинговые агентства, проводя исследование о неравенстве распределения богатства страны среди граждан, отмечали, что данная проблема является ведущей именно в России. По данным Росстата, среднедушевой доход населения на 2017 год в РФ равен 31477,4 рублей, около 60% граждан имели доход ниже среднего. Схожие значения наблюдаются в последние 5-7 лет.

Таким образом, уровень бедности в Российской Федерации достаточно высок, так как более 10% граждан официально признаны бедными (тенденция к увеличению данного показателя растет) и 60% имеют доход ниже среднего, в то время как уровень богатства составляет лишь 30%. Для России характерен «индустриальный» тип бедности, бедность этого типа обусловлена определенным состоянием рынка труда, который является достаточно низким по уровню квалификации, поэтому спрос на него ниже чем предложение.

Для оценки уровня благосостояния по второму критерию мы использовали результаты оценки качества оказания услуг медицинскими организациями Волгоградской области в 2017 году. Независимая оценка качества оказания услуг в медицинских организациях проводилась по группам показателей: открытость и доступность информации о медицинской деятельности учреждения; комфортность условий предоставления услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинских услуг; доброжелательность, вежливость и компетентность работников учреждения; удовлетворенность оказанными услугами. По итогам опроса было выявлено, что рейтинг медицинских учреждений Волгоградских учреждений составляет 69 баллов, в то время как в РФ этот показатель равен 54 баллам.

По уровню расходов на здравоохранение на душу населения РФ занимает 9 позицию с показателем \$1 369. Тройка лидеров: США (\$9451), Швейцария (\$6935), Германия (\$5 267).

Объединяя все выше сказанное, мы пришли к выводу, что Россия – это бедная страна (с социологической точки зрения), однако по сравнению с другими странами-партнерами данный показатель достаточно приемлем. В то же время по уровню оказания медицинских услуг РФ находится на лидирующих позициях.

Российская Федерация – мощнейшее государство, в котором есть и возможности развития, и те, кто готов заниматься данным вопросом, во многом от нас зависит будущее страны, ее развитие и процветание. Важно не только сохранять статус великой державы, но улучшать качество жизни населения нашей большой и прекрасной страны.

Список литературы

- 1) Бедность и бедные в современной России / Под ред. М.К. Горшкова, Н. Е. Тихоновой.
- 2) Гидденс Э. Социология (2005).

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна,
Емельянова Ольга Сергеевна, Симаков Станислав Владимирович,
Заклякова Виктория Денисовна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) является частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

ВМП оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи [1]. Перечень видов ВМП, устанавливается программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, который включает в себя:

- Перечень видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС);
- Перечень видов, не включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований ФОМС.

Согласно Постановлению правительства РФ от 8 декабря 2017г №1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018г» ВМП представлена в виде четкого перечня, в который входит наименование вида ВМП, код по МКБ- 10, конкретизируется модель пациента, вид и метод лечения, а также норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи [2].

Для оказания ВМП по перечню видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинская организация должна быть включена в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Право получить ВМП в Федеральных государственных учреждениях имеют все граждане РФ. В 2018 году в перечень Федеральных государственных учреждений вошли 139 федеральных центров [3]. Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, являются объемы специализированной, в том числе ВМП, оказанной гражданам, проживающим за пределами субъекта РФ, в котором расположена медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организацией. Согласно Постановлению правительства РФ от 8 декабря 2017г №1492 этот показатель должен составлять не менее 50% [2].

Алгоритм действий для получения ВМП жителями Волгоградской области, оказываемой в федеральных центрах, выглядит следующим образом:

1. Получение направления лечащего врача, где прописаны медицинские показания пациента, рекомендуемые проведение определенных процедур;
2. Проведение дополнительных обследований с целью выявления противопоказаний к ВМП;
3. Передача по Vip Net каналу пакета документов для рассмотрения комиссией Комитета здравоохранения Волгоградской области;
4. Уведомление о направлении документов пациента в федеральную клинику с номером талона ВМП направляется по Vip Net каналу в медицинскую организацию, где

наблюдается пациент, а если дата проведения манипуляций уже определена, то направляется талон на ВМП.

Информационное взаимодействие в части представления комплектов медицинских документов, необходимых для направления пациентов для оказания ВМП посредством использования программного обеспечения Vip Net (Деловая Почта) разработано ГБУЗ «Волгоградский областной медицинский информационно-аналитический центр». Обмен документацией проходит в строгом соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «О персональных данных» по защищенной сети Vip Net (Деловая почта) Волгоградской области. С помощью Vip Net обеспечивается прием оцифрованных комплектов медицинских документов от МО, а после проверки комплектности и регистрации комплекта документов оформляется на пациента учетная форма №025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП» в специализированной информационной системе Минздрава России подсистемы мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета.

Организация пациентам ВМП по ОМС не требует от врача обращения в комиссию, пакет документов сразу направляется в центр, где есть соответствующее оборудование и персонал. Если стационар готов принять пациента, то медицинская организация, оказывающая ВМП, самостоятельно открывает талон, уведомляя направившее учреждение.

Для федеральных льготников, которые не отказались от пакета социальных услуг, бесплатный проезд в федеральную клинику и обратно осуществляется за счет средств Фонда социального страхования. Социальная группа: дети - инвалиды и инвалиды I группы имеют право на бесплатный проезд сопровождающего лица.

В 2018 году ВМП оказывается в 10 медицинских организациях Волгоградской области бюджетного типа

За период с 2006 по 2017 годы доступность ВМП для жителей Волгоградской области увеличилась (рис.1), при этом значительный рост отмечается с 2014 года.



Рис.1 Доступность в оказании высокотехнологичной медицинской помощи на территории Волгоградской области за период с 2006 по 2017 гг.

Всего за 2017 год ВМП получили 11 145 жителей Волгоградской области. По профилю ВМП лидирующие позиции заняли следующие виды: сердечно-сосудистая хирургия – 3 5,3%, травматология и ортопедия – 16,4%, онкология – 14,5%, офтальмология – 9,2%, нейрохирургия – 5,4%.

Таким образом, в Волгоградской области разработан и отлажен четкий алгоритм направления пациентов на ВМП, потребность в которой среди населения увеличивается с каждым годом.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. N 930н "Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с

применением специализированной информационной системы" (с изменениями и дополнениями).

2. Постановление Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов".

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014 г. N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" (с изменениями и дополнениями).

УДК 614.2:002:681.3

РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ» НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Шкарин Владимир Вячеславович, Рогова Алевтина Сергеевна,
Багметов Николай Петрович, Ивашева Виктория Васильевна,
Емельянова Ольга Сергеевна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

С 1 июля 2017 вступил в действие Федеральный закон № 86-ФЗ «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», согласно которому у граждан появилась возможность оформить листок нетрудоспособности не только на бумаге, но и в электронном виде [1,4].

Реализация проекта «Электронный листок нетрудоспособности» в Волгоградской области потребовала проведения ряда подготовительных мероприятий, в частности:

- утверждена межведомственная рабочая группа по методологическому сопровождению информационного взаимодействия и информационно-технологической поддержки страховщика, медицинских организации, страхователей и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями в целях формирования электронного листка нетрудоспособности;
- разработана дорожная карта по реализации перехода на «Электронный листок нетрудоспособности»;
- составлен план-график перехода медицинских организаций, подведомственных Комитету здравоохранения, на оформление электронных листков нетрудоспособности;
- определены медицинские организации, готовые к оформлению электронных листков нетрудоспособности с 1 июля 2017 года;
- проведены обучающие семинары с сотрудниками медицинских организаций (медицинскими работниками, бухгалтерами);
- заключено соглашение между Комитетом здравоохранения и Волгоградским региональным отделением Фонда социального страхования (ФСС) РФ;
- заключено соглашение об информационном взаимодействии с ФКУ «Главное бюро МСЭ по Волгоградской области»;
- заключены соглашения об информационном взаимодействии с медицинскими организациями, являющимися одновременно и страхователями;
- совместно с ГБУЗ «ВОМИАЦ» начата работа по обеспечению усиленной квалифицированной электронной подписи врачей медицинских организаций;
- проведена разъяснительная работа со страхователями.

В настоящее время на территории Волгоградской области функционируют 187 медицинских организаций (МО), из которых 117 государственной формы собственности. В шести городах областного подчинения сосредоточено основное количество медицинских организаций, при этом 77% МО находятся в Волгограде.

Таблица 1. Медицинские организации в городах Волгоградской области

Город	Государственные МО	Негосударственные МО	Всего
Волгоград	60	50	110
Волжский	11	8	19
Камышин	4	2	6
Михайловк	4		4
Урюпинск	1	1	2
Фролово	2	-	2

Оформление листков нетрудоспособности в электронном виде [2] осуществляют 132 МО, при этом доля государственных учреждений составляет 70,5% (116). Во всех медицинских организациях используется программное обеспечение Фонда социального страхования Российской Федерации «АРМ ЛПУ»[3].

С момента реализации проекта и по октябрь 2018 г. всего оформлено в электронном виде 35 283 листков нетрудоспособности (табл. 2), что составило 4,7% от общего числа выданных листков нетрудоспособности.

Таблица 2. Доля сформированных листков нетрудоспособности в электронном виде

Период	Вид листка нетрудоспособности		Доля электронных (%)
	бумажный	электронный	
3 кв. 2017	147 552	276	0,18 %
4 кв. 2017	173 236	1 921	1,1 %
1 кв. 2018	155 970	8 902	5,7 %
2 кв. 2018	138 327	10 800	7,8 %
3 кв. 2018	141 747	13 384	9,4 %
Всего (в том числе в 2018)	756 832	35 283	4,7%
	436 044	33 086	7,5%

Как видно из таблицы 2, отмечается положительная тенденция роста числа листков нетрудоспособности оформленных в электронном виде. Тем не менее, Волгоградская область занимает 25 место по выдаче электронных листков нетрудоспособности среди всех регионов РФ. Это обстоятельство объясняется рядом причин. Со стороны медицинских организаций – отсутствием технических возможностей (программного обеспечения, с помощью которого врач будет работать с электронным листком нетрудоспособности, рабочего места врача с выходом в Интернет, усиленных квалифицированных электронных подписей врача), а также председателя врачебной комиссии в медицинской организации. Со стороны работодателей - организационно-техническими ограничениями и отсутствием в нашем регионе системы прямых выплат пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством застрахованных гражданам.

Таким образом, внедрение электронного листка нетрудоспособности несет в себе целый ряд экономических и организационных преимуществ, позволяющих сократить расходы на изготовление бланков листков нетрудоспособности, снизить число случаев страхового мошенничества, уменьшить излишний документооборот. Автоматизация процесса

минимизирует количество ошибок, возникающих при заполнении листка нетрудоспособности и расчете пособий, позволяет контролировать все оплачиваемые листки нетрудоспособности, в том числе в целях недопущения расходов по необоснованно выданным листкам нетрудоспособности, а также автоматизированным способом формировать аналитические отчеты. Выплата пособия не будет зависеть от желания страхователя информировать Фонд о страховом случае, а у гражданина появится возможность, воспользовавшись личным кабинетом на сайте Госуслуги, контролировать весь процесс от момента выдачи листка нетрудоспособности до получения пособия.

Список литературы.

1. Федеральный закон №86 "О внесении изменений в статью 13 Федерального закона "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" и статьи 59 и 78 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 01.05.2017 года.

2. **Федеральный закон №255-ФЗ** «Об обязательном социальном страховании на случай нетрудоспособности» от 29.12.2006 года (статья 13).

3. Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2017г. №1567 «Об утверждении Правил информационного взаимодействия страховщика, страхователей, медицинских организаций и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа».

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н (ред. от 28.11.2017) Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности.

УДК 314.174

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ

Данилов Роман Дмитриевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. Аракелова Ирина Владимировна

Благополучие и процветание – приоритетная цель любого общества, достижение которой в условиях развития науки и информационных технологий возможно при наличии высокого интеллектуального уровня населения. На подготовку одного высококвалифицированного специалиста затрачивается много времени. Так, в РФ на это уходит около 15-20 лет при прохождении двух ступеней высшего образования, что связано с присоединением нашей страны к Болонскому процессу в 2003 году[1]. Таким образом, гражданин при средней продолжительности жизни (72,7 лет[2]) трудится на благо своей страны около 30-40 лет. Государство заинтересовано в росте данных показателей, поскольку между процветанием экономики и количеством трудоспособного населения существует прямая зависимость.

Увеличения средней продолжительности жизни граждан возможно достигнуть при поддержке правительством реформ здравоохранения, пропаганды здорового образа жизни, контроля над состоянием экологии. В РФ также проводится политика, направленная на укрепление и сохранение здоровья людей: принимаются директивные документы федерального и регионального уровней, создаются различные медицинские учреждения, задача которых заключается в формировании здорового образа жизни у граждан и профилактики заболеваний, создаются Центры медицинской профилактики, в которых осуществляются оздоровительные мероприятия и т.д. Несмотря на это, в стране существует отрицательная статистика здоровья граждан.

По результатам исследования, проведенного компанией Profi Online Research, в России курит около 40% граждан от 16 до 60 лет, причем многие заимели опасную привычку еще в

несовершеннолетнем возрасте[3]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения наша страна занимает 5 место в топе самых «пьющих» на планете, уступая только Чехии, Эстонии, Украине и Беларуси[4]. По данным руководителя отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии, доктора медицинских наук Александра Немцова, в России от алкоголизма погибают 400 тыс. человек каждый год[5]. На медицинском учете в РФ на июнь 2018 состоят 800 тыс. наркоманов, а умирает от зависимости ежегодно около 100 тыс. Соответственно, все вышеперечисленные факты явно не будут способствовать увеличению продолжительности жизни из-за пагубного влияния зависимости на организм человека. По информации федеральной службы государственной статистики чаще всего граждане имеют заболевания системы кровообращения и органов дыхания [6]. Несомненно, это связано именно с курением и алкоголизмом. В целях достижения положительных результатов по снижению потребления алкоголя и табака протоколом президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам утверждён проект «Формирование здорового образа жизни» [7].

В связи с частой заболеваемостью население РФ тратит немалые денежные средства на покупку медикаментов, поэтому Россия входит в десятку стран с самым большим объемом потребления лекарственных средств, а доля фармацевтического рынка в нашей стране составляет около 1% ($\approx 15,78$ млрд. долл.) [8]. Именно поэтому в настоящее время, согласно действующему законодательству, определенные категории граждан вправе получать льготы, выраженные в предоставлении бесплатных лекарственных средств, необходимых для проведения лечения, либо компенсация стоимости указанных препаратов (перечень лекарственных средств утвержден распоряжением Правительства России № 2323-р от 23 октября 2017 года «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»[9]). Данная политика также поддерживает здоровье граждан, которые зачастую не имеют средств на покупку тех или иных препаратов.

Стоит также отметить, что из года в год выделяются огромные денежные средства из бюджета страны на здравоохранение, причем данная сумма постоянно растет (госрасходы в размере 3952 млрд. рублей с ростом в 9% по сравнению с предыдущим годом[10]). Это говорит о том, что государству не безразлична демографическая ситуация и здоровье граждан, а следовательно, оно заинтересовано в высоких темпах экономического роста.

Таким образом, правительство РФ противодействует заболеваниям и зависимостям граждан, обеспечивает социальную защиту больных, поддерживает пропаганду здорового образа жизни и создает различные нормативные документы, направленные на укрепление и сохранение здоровья всей нации. В настоящее время наблюдается постепенное падение числа больных зависимостями, растет заинтересованность населения в здоровом образе жизни (не последнюю роль здесь играет и ГТО, которое было введено указом Президента РФ в 2014 году[11]), снижается смертность среди граждан преклонного возраста, наблюдаются и другие положительные эффекты от политики государства в области здравоохранения.

Список литературы

1. Болонский процесс// Википедия. Свободная энциклопедия (https://ru.wikipedia.org/wiki/Болонский_процесс) Дата просмотра 26.10.18
2. Продолжительность жизни в России// Патриотическая энциклопедия о России и мире (https://ru.xpert.ru/Статистика:Продолжительность_жизни_в_России) Дата обращения 25.10.18
3. Вредные привычки россиян// Христианский сайт Uucys.ru (<https://uucys.ru/statistics/263>) Дата обращения 26.10.18
4. Самые пьющие страны мира 2016-2017 года// Познавательно-развлекательный ресурс Best Top10 (<https://best-top10.ru/samye-pyushhie-strany-mira.html>) Дата обращения 26.10.18

5. Алкогольная "крепость" пока не сдается// Российская газета - Федеральный выпуск №5269 (190). Текст: Ирина Коровина (<https://rg.ru/2010/08/26/alko.html>) Дата обращения 27.10.18
6. Здравоохранение в России (2017): Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.// Заболеваемость населения по основным классам, группам и отдельным болезням с. 29-31 (http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf) Дата обращения 27.10.18
7. Формирование здорового образа жизни// Официальный сайт правительства РФ (<http://government.ru/projects/selection/641/28745/>) Дата обращения 27.10.18
8. Zasimova L. The use of medical care and out-of-pocket payments in Russia // Scandinavian Journal of Public Health, 44 (5), 440-445. (first published on March 15, 2016 as).
9. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 октября 2017 года № 2323-п// Российская газета (новость от 25.10.17) (<https://rg.ru/2017/10/25/pravitelstvo-rasp2323-site-dok.html>) Дата обращения 28.10.18
10. Улумбекова, Г.Э. Факты о бюджете здравоохранения РФ на 2018-2020 гг. / Г.Э. Улумбекова, А.В. Калашникова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение: обзорная статья. - Москва, 2017. - №4. - С. 17-23.
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 11 июня 2014 г. N 540 г. Москва "Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе "Готов к труду и обороне" (ГТО)"//Российская газета – Федеральный выпуск №6405 (133) (<https://rg.ru/2014/06/18/gto-dok.html>) Дата обращения 27.10.18

УДК 614.1

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АБОРТОВ В Г. ВОЛГОГРАДЕ, ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2013-2017 ГГ.

Тяпченко Артем Андреевич, Буковская-Колодяжная Евгения Романовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Аборт является одной из причин бесплодия и других нарушений репродуктивного здоровья. Согласно статистике, аборты в России представляют достаточно серьезную демографическую проблему. На сегодняшний день наша страна занимает одно из первых мест по количеству абортов в процентном отношении к общему числу рожденных детей [1]. В паспорте приоритетного правительственного проекта «Формирование здорового образа жизни» отдельным пунктом прописана задача снизить количество абортов на 30%, т.е. с 20,5 до 16 случаев на 1000 женщин детородного возраста[2].

Цель работы. Проанализировать показатели, характеризующие прерывание беременности в срок до 22 недель, в г. Волгограде и Волгоградской области за 2013-2017 гг.

Методика исследования. Для проведения анализа использовались сводные данные ГУЗ «Волгоградский областной медицинский информационно-аналитический центр» и Федеральной службы государственной статистики (Росстата). Изучена динамика абсолютного числа абортов, частоты абортов на 1000 женщин фертильного возраста и числа абортов у первобеременных в г. Волгограде и Волгоградской области в сравнении с аналогичными общероссийскими за 2013-2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Уровень распространенности абортов – один из основных медико-социальных показателей, характеризующих репродуктивное поведение женщин, оказывающее влияние на состояние здоровья населения в целом. Результаты проведенного анализа показали снижение количества абортов по всем территориям за исследуемый период (см.таблицу).

Таблица 1. Динамика показателей распространенности абортсв у в г. Волгограде и Волгоградской области в сравнении с общероссийскими за 2013-2017 гг.

Показатели по территориям		2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Абсолютное число абортов	Волгоград	7274	6720	6821	5765	3596
	Волгоградская область	19359	17337	16791	13677	8889
	Российская Федерация	1064000	930000	848200	836600	600000
На 1000 женщин фертильного возраста	Волгоград	27,4	25,6	26,3	22,5	14,1
	Волгоградская область	30,1	27,5	27,2	22,7	15
	Российская Федерация	28,3	25,9	23,8	23,7	20,5
Число абортов первобеременных у	Волгоград	831	670	667	617	386
	Волгоградская область	1450	1249	1133	765	497
	Российская Федерация	72200	28000	58400	61900	-

В Волгограде наблюдается положительная динамика снижения абсолютного количества абортов на 50,6%, частоты абортов на 1000 женщин фертильного возраста – на 48,5% и числа абортов у первобеременных на 53,5% в 2017 г. по сравнению с 2013 г. В 2015 г. отмечался рост абсолютного количества абортов на 1,5% с последующим снижением в 2016 г. на 15,5%.

В Волгоградской области также отмечается снижение всех показателей в 2017 г., причем более интенсивное по сравнению с данными по г. Волгограду. Абсолютное число абортов уменьшилось на 54,1%, частота абортов на 1000 женщин фертильного возраста – на 50,2%, а число абортов у первобеременных – на 65,7% в сравнении с 2013 г.

Анализ общероссийских данных показал снижение абсолютного числа абортов на 43,6%, частоты абортов на 1000 женщин фертильного возраста – на 27,6% в 2017 г. и числа абортов у первобеременных на 14,3% в 2016 г. по сравнению с 2013 г.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительных результатах проводимых мероприятий по снижению количества абортов, в том числе и у первобеременных, но на сегодняшний день эта проблема остается актуальной. Снижение числа абортов является значительным резервом улучшения репродуктивного здоровья женского населения и профилактикой осложнений беременности и родов при последующих беременностях, что имеет важное как медицинское, так и социальное значение.

Список литературы

1. Abortion indicators / Евростат, 2018 // <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
2. Паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» / Утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. №8) // <http://government.ru/projects/selection/641/28745/>

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Реунова Дарья Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики

и менеджмента Ситникова Светлана Евгеньевна

Примерно 70% населения Российской Федерации живет в состоянии непрекращающегося стресса из-за воздействия различных факторов: увеличения уровня безработицы, повышения психических и эмоциональных нагрузок, снижения уровня необходимой медицинской помощи. В России наблюдается очень низкий жизненный уровень. Наше государство входит в список тех, в которых уровень смертности занимает высокое положение.

В Волгоградской области состояние здоровья населения хуже, чем в среднем по России. За последние двадцать лет уровень смертности вырос на 40% (по России в целом на 27%).

Смертность - процесс естественного сокращения численности людей из-за гибели населения в сумме за определенный промежуток времени. Она имеет существенный разрыв в половом отношении в показателе ожидаемой продолжительности жизни при рождении, что служит следствием повышенной смертности мужчин в возрасте, когда они ещё способны заниматься трудовой деятельностью. Различные записи в медицинских свидетельствах о смерти служат в качестве источника информации о причинах смерти.

Заболеваемость-это наиболее частая причина смерти населения Волгоградской области и России в целом. Учётом заболеваемости занимаются различные медицинские учреждения. Характеризуют ее распространенностью заболеваний за какой-то временной промежуток либо в целом по населению, либо в отдельных социальных и возрастно-половых группах. Расчет показателей заболеваемости проводится на 1 000, 10 000 или 100 000 населения. Анализ заболеваемости нужен, чтобы на различных уровнях, занимающихся управлением системой здравоохранения, создать комплекс мероприятий, направленных на устранение заболеваний, и чтобы оценить качество работы системы здравоохранения. Социально-гигиенический мониторинг состояния здоровья населения позволяет разработать комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваемости.

Основные причины смертности в Волгограде и Волгоградской области представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Количество умерших по основным классам причин смерти
(количество человек)**

Причины смерти	2013	2014	2015	2016	2017
	г.	г.	г.	г.	г.
Общее число умерших	34676	35096	35128	34718	33228
Из них:					
Болезни кровеносной системы	19390	19112	18743	17868	17024
Новообразования	5855	5592	6049	5912	5672
Внешние причины	2919	3025	2891	2624	2337
Болезни дыхательной системы	1725	1705	1126	1031	904

Болезни пищеварительной системы	2067	2175	2132	2018	1917
Инфекционные и паразитарные заболевания	567	532	585	594	548

Таблица 2. Коэффициент смертности по причинам смертности (число умерших на 100000 человек населения)

Причины смерти	2013	2014	2015	2016	2017
Общее число умерших	1346,1	1369,2	1376,7	1366,5	1314,3
Из них:					
Болезни кровеносной системы	752,7	745,6	734,5	703,3	673,4
Новообразования	227,3	218,2	237,1	232,7	224,3
Внешние причины смерти	113,3	118,0	113,3	103,3	92,4
Болезни дыхательной системы	67,0	66,5	44,1	40,6	35,8
Болезни пищеварительной системы	80,2	84,9	83,6	79,4	75,8
Инфекционные и паразитарные заболевания	22,0	20,8	22,9	23,4	21,7

Остальные причины: несчастные случаи, связанные с транспортными средствами (312 человек), отравления алкоголем (29 человек), убийства и самоубийства (182 человека).

Таким образом, статистические данные показывают, что происходит преобладание смертности над рождаемостью, и происходит это в катастрофических масштабах. Сегодня политика государства направлена на то, чтобы эту ситуацию исправить. Предпринимаются попытки для уменьшения уровня смертности в обществе, а также повышения продолжительности жизни (снижение уровня смертности людей в результате ДТП; проведение профилактики и своевременное выявление заболеваний, указанных в таблицах; снижение уровня смертности от несчастных случаев на производствах; развитие условий для поддержания здоровья населения: повышение качества потребляемой продукции, улучшение состояния окружающей среды; организация мероприятий направленных на проведение пропаганды активного образа жизни; материальная поддержка семей с детьми и выделение доступного жилья; выявление у детей и подростков на ранних стадиях заболеваний, которые затем могут снизить репродуктивную функцию, либо вообще лишить её; постепенное устранение рабочих мест с опасными для репродуктивного здоровья условиями; повышение качества медицинского обслуживания для женщин в период беременности; проведение активной политики, которая способствует сохранению численности населения на Дальнем Востоке и в Сибири; помощь соотечественникам, которые проживают за рубежом, с возвращением в РФ; развитие технологий, способных защитить граждан в случае возникновения ситуаций чрезвычайного характера.)

Государство должно научиться не только быстро реагировать на происшествя, но и предупреждать их.

В итоге мы должны будем к 2020 году получить цифры, выражающие количество погибших по отношению к 2006 году, которые будет ниже на 20-22 показателя, а пострадавших примерно на 18-20.

Список литературы

1. Волгоградская область в цифрах. 2017: краткий сб. / Терр. орган Фед. службы гос. статистики по Волгоград. обл. – Волгоград : Волгоградстат, 2018. – 374 с.
2. Информационный ресурс комитета здравоохранения Волгоградской области: <http://volgazdrav.ru/index.php/documents/item/12732-prikaz-komiteta-zdravoohraneniya-volgogradskoy-oblasti-ot-11092018-.html>.
3. Кучеренко В.З. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник: в 2 т. // под ред. В. З. Кучеренко — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — Т. 1. — 688 с.
4. Статистический ежегодник Волгоградская область 2016 : сборник// Терр. орган Фед. службы гос. статистики по Волгоград. обл. – Волгоград : Волгоградстат, 2017. – 800 с.
5. Шабунова А.А., Калашников К.Н., Морев М.В., Калачикова О.Н., Кондакова Н.А.; Здоровье и здравоохранение [Текст]: учебное пособие для вузов // под ред. А.А. Шабуновой. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. – 154 с.
6. Элланский Ю.Г., Быковская Т.Ю., Пакус И.А. и др. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник: в 2 ч. // под ред. Ю.Г. Элланского. - Ростов н/Д: Издательско-полиграфический комплекс РГЭУ (РИНХ), 2016.

УДК 614.2

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА И ОБЩЕСТВА, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЙСТВУЮЩИХ МЕХАНИЗМОВ И ЗАЩИТА ПРАВ И ИНТЕРЕСОВ ГРАЖДАН В НАИБОЛЕЕ ПРОБЛЕМНЫХ СЕКТОРАХ

Монина Мирослава Александровна, Романченко Анна Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ

Шестакова Ирина Валерьевна

На сегодняшний день Роспотребнадзор представляет собой совокупность государственных структур, основной задачей которых является обеспечение санитарной безопасности населения. Сюда входят такие структуры, как управление санитарного надзора, управление эпидемиологического надзора, управление федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей, управление организации контрольно-надзорной деятельности и оказания государственных услуг, управление научного обеспечения и международной деятельности, управление кадров, профилактики коррупционных и иных правонарушений и последипломного образования, управление административно-документационного обеспечения, управление инвестиционного развития и управления государственным имуществом, правовое управление и финансово-экономическое управление. Таким образом мы видим, что это очень значимая структура, которая отвечает за безопасность здоровья всей нации, поэтому важно, чтобы были отлажены механизмы взаимодействия Роспотребнадзора с гражданами.

Целью работы является выявить уровень взаимодействия Роспотребнадзора и общества в наиболее проблемных секторах потребительского рынка.

В исследование были включены данные о проверенных объектах в Волгоградской области за 2017 год, статистика о плановых и внеплановых проверках с 2013 по 2017 год, также наше собственное исследование, целью которого было выявление информированности населения о функциях Роспотребнадзора.

В 2017 году при осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в рамках Федерального закона от 26.12.2008 N 294-ФЗ «О

защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» должностными лицами Управления проведено 2053 проверки, что составляет 45,9% от всех проведенных проверок. Число проведенных проверок в области санитарно-эпидемиологического благополучия в 2017 году по сравнению с 2016 годом увеличилось на 5%, а по сравнению с 2013 годом уменьшилось на 30%. Из общего числа проверок проведено 840 плановых и 1213 – внеплановых.

В нашем исследовании большинство опрошенных знает о таких функциях Роспотребнадзора, как защита прав потребителей, организация проверок учреждений общественного пользования и проверка качества продуктов питания. Однако 95% опрошенных никогда не обращались в данную организацию.

На сегодняшний день Роспотребнадзор ставит ряд приоритетных задач, среди которых несколько можно выделить как особо важные для взаимодействия с обществом: реализация концепции открытости, защита прав и интересов граждан в наиболее проблемных секторах потребительского рынка, разработка механизмов взаимодействия государства и общества, в том числе в части защиты прав потребителей финансовых услуг.

Список литературы

1. О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля:

Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ

[Электронный ресурс]. URL:

http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=540

2. Об утверждении плана информатизаций на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов: Приказ Роспотребнадзора от 12.10.2018 №833

[Электронный ресурс]. URL:

http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=10744

3. Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг: Федеральный закон от 21.07.2011 № 210-ФЗ [Электронный ресурс]. URL: http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=532.

УДК 615.218.2:614.27

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ АПТЕК С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПРЕДПОЧТЕНИЯХ ПОКУПАТЕЛЕЙ ПРИ ВЫБОРЕ СЕДАТИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Вышемирская Елена Владимировна, Холод Ксения Маратовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Современный фармацевтический рынок России характеризуется неуклонным ростом товарной номенклатуры. В течение последнего десятилетия произошло значительное расширение, пополнение и углубление ассортимента всех основных групп медицинских и фармацевтических товаров. Особенно выражена эта тенденция для лекарственных препаратов (ЛП). Увеличение товарной номенклатуры в большой степени связано с регистрацией на фармацевтическом рынке России большого количества воспроизведенных препаратов-дженериков зарубежных и отечественных производителей. Это существенно увеличило возможность выбора необходимых ЛП с учетом современных подходов к фармакотерапии различных патологических состояний, индивидуальных особенностей течения болезней, потребительских предпочтений конечных потребителей [1, 3].

Для фармацевтических работников, организующих лекарственное обеспечение населения и медицинских организаций, актуальной проблемой является формирование рациональной ассортиментной политики, способствующей как удовлетворению потребностей потребителей, так и укреплению рыночных позиций фармацевтической организации [1, 2].

Ассортимент седативных лекарственных препаратов безрецептурного отпуска на региональном фармацевтическом рынке значительно меньше перечня ЛП, официально зарегистрированных в России. Товарный ассортимент, а точнее его полнота, имеет важное социально-экономическое значение, так как его качество определяет полноту удовлетворения потребительского спроса [2]. Определение оптимального ассортимента с учетом потребностей покупателей является ключевым моментом деятельности каждой аптечной организации и позволяет обеспечить ее максимальную экономическую эффективность. Рационально сформированный ассортимент с учетом конкурентоспособности товара определяет качество удовлетворения покупательского спроса.

Целью данной работы является проведение анкетирования сотрудников аптек с целью получения информации о предпочитаемых посетителями аптек седативных ЛП.

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.

Из всего числа опрошенных 100% составили женщины. Возрастная структура респондентов: 60% – 30-50 лет, 30% – до 30 лет, а 10% – старше 50 лет. Из всей группы респондентов 70% фармацевтов и 30% провизоров.

По мнению фармацевтических специалистов наиболее часто покупатели приобретают два препарата: Афобазол (60%) и Глицин (60%). Значительно реже покупаются Ново-пассит (30%), Персен (20%) и Тенотен (10%).

По результатам анкетирования, покупатели предпочитают зарубежные препараты (60%), тогда как на отечественных ЛП останавливают свой выбор 40%.

Из всего числа респондентов 70% ответили, что наиболее предпочтительный ценовой диапазон для покупателей при выборе седативных ЛП – это 300-600 руб., затем следует диапазон 100-300 руб. (20%), а наименее популярен – до 100 руб. (10%).

По мнению фармацевтических специалистов, 40% покупателей не имеют предпочтений при выборе производителя, 30% – предпочитают «Фармстанарт-Лекарства» (Россия), 20% – «БИОТИКИ» (Россия), а 10% – «АЙВЭКС» (Чешская Республика).

Таким образом, выявленное мнение фармацевтических специалистов позволит наиболее рационально формировать ассортимент седативных ЛП.

Список литературы

1. Андреева Н. А., Ивченко О. Г., Кабакова Т. И. Маркетинговый анализ рынка лекарственных препаратов седативного действия // *Фундаментальные исследования*. – 2011. – № 10. – С. 604-607.
2. Крот К. В., Мешалкина С. Ю., Слободенюк Е. В. Фармакоэкономический анализ регионального фармацевтического рынка психотропных лекарственных препаратов // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2013. – № 4 – С. 68-71.
3. Петрова Е. А. Рынок безрецептурных успокоительных лекарственных средств // *Ремедиум*. – 2008. – № 10. – С. 25-27.

УДК 614.258.2

МЕДИАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Булычева Ольга Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н. Поройский Сергей Викторович

В настоящее время участились конфликты между врачом и пациентом. Специфика и сложность «медицинских споров» заключается в широком субъектном составе (в конфликт вовлечены пациент, медицинский персонал, медицинские организации, страховые медицинские компании), а так же в особенностях оказываемых медицинских услуг. Подобного рода споры оказывают негативное влияние на деловую репутацию медицинской

организации, кроме того, способны привести к финансовым потерям [1]. Спорные ситуации в сфере здравоохранения отличаются своеобразностью предмета разбирательства, неоднозначностью доказательной базы, сложностью получения достоверных фактов и необходимостью проведения различных экспертиз. Обращения пациентов в юридические компании за квалифицированной помощью в спорах с медицинскими организациями и в судебные инстанции, свидетельствуют о нежелании и невозможности урегулировать конфликт в стенах лечебного учреждения [3].

На основании анализа законодательства Российской Федерации выделены основные способы досудебного урегулирования споров между медицинской организацией и пациентом: административный порядок разрешения спора, претензионный порядок, третейский суд и медиацию [4]. С 1 января 2011 г. вступил в силу Федеральный закон от 27.07.2010 № 193–ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Вступление закона в силу определило правовые и организационные основы применения альтернативной процедуры урегулирования споров при содействии посредников (медиаторов) на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения [3]. Медиацию можно считать видоизмененным продолжением существовавших в истории нашей страны институтов (дореволюционные мировые суды, комиссии по трудовым спорам, товарищеские суды советского периода российской истории) [2]. Конфликты, возникающие в медицинской деятельности, как правило, носят деструктивный характер. Чаще всего стороны конфликта не признают возникшей проблемы и не идут на обсуждение, что приводит к увеличению напряженности и поляризации сторон конфликта. На данном этапе помочь разрешить конфликт может третья сторона - медиатор. В качестве посредника, сторонами привлекается независимое физическое лицо, которое оказывает содействие в выработке сторонами решения по существу спора и его урегулировании. Посредничество происходит в безопасном окружении, где дискуссиям способствует обученный независимый посредник. В медико-правовом контексте посредничество может быть использовано для разрешения споров и сложных сообщений, возникающих в клинической практике, для предотвращения и урегулирования судебных исков о неправомерных действиях вне судебного заседания и для обеспечения возможности пациентам и их семьям принимать сложные биоэтические решения.

В настоящее время медиация не находит широкого распространения в медицинских кругах, термин «медиация» известен далеко не каждому специалисту. Непонимание сути процедуры медиации и ее преимуществ препятствует ее распространению. Очевидным преимуществом данной процедуры является экономия времени, в отличие от судебного разбирательства, где срок рассмотрения дела, в зависимости от сложности, достигает 3–5 лет, срок рассмотрения дела в рамках медиации от 1 до 180 дней.

Вывод: Процесс посредничества необходимо применять в нашей повседневной клинической практике для облегчения сложных коммуникаций, для содействия принятию решений и разрешения споров. Отдельные медицинские учреждения должны создавать свои собственные посреднические группы для координации обслуживания пациентов и медицинского персонала. Досудебное разрешение спорных ситуаций в медицине предпочтительнее. Это способствует быстрому разрешению конфликтной ситуации, не требует особых финансовых затрат для медицинских организаций, а главное - отсутствие проигравшей стороны, решение, принятое сторонами, является взаимоприемлемым.

Список литературы

1. Григорянц С.А. Применение медиации как способа разрешения споров в сфере предпринимательства. // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. — 2015. — 60 (5) Стр. 82–85.
2. Шамликашвили Ц.А. Спор идет о жизни и здоровье. Система здравоохранения нуждается в медиации // Ремедиум Приволжье. — 2016— №2— Стр.142.

3. Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): федеральный закон от 27.07.2010 № 193–ФЗ (с изменениями и дополнениями).

4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 1 ноября 2011 г. №323-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

УДК 614.2

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ВОЛГГМУ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Никитин Дмитрий Николаевич

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

Введение. За последние несколько лет заболеваемость инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в России увеличилась практически в 2 раза [3]: по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора на конец 2017 года зарегистрировано более 1,2 млн. ВИЧ-инфицированных граждан [2]. В 2017 году 20% новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией пришлось на людей в возрасте 20-30 лет [1].

Цель: определение и анализ уровня информированности студентов Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ) в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Для исследования было проведено анкетирование, в котором приняли участие 189 студентов ВолгГМУ в возрасте 18-24 лет (57 юношей и 132 девушки). В исследуемую группу вошли студенты I–VI курсов лечебного (17,5%), педиатрического (2,1%), стоматологического (53,4%), медико-биологического (23,3%), фармацевтического (3,2%) факультетов, а также факультета социальной работы и клинической психологии (0,5%). Респонденты заполнили анкету, состоящую из 16 вопросов, преимущественно закрытого типа. Анализ, статистическая обработка и обобщение полученных данных производились при помощи программы MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждение. В процессе исследования изучили осведомленность студентов о возможности и способах заражения ВИЧ-инфекцией, о собственном ВИЧ-статусе; знания студентов об особенностях клинического течения и профилактики ВИЧ-инфекции; информированность о социальных аспектах ВИЧ-инфекции, а также эффективность способов санитарного просвещения студентов в данном вопросе.

Большинство респондентов (91%) считают ВИЧ-инфекцию заразным заболеванием, не согласны с этим утверждением 7,4%, затрудняются ответить – 1,6%. На вопросы о способах заражения ВИЧ-инфекцией большинство опрошенных дали правильные ответы. Так, на возможность передачи ВИЧ половым путём указали 98,4% респондентов, при гемотрансфузиях – 96,8%, при нанесении татуировок (прокалывании ушей, пирсинге) – 85,2%, во время беременности (родов) – 84,1%. Невозможность заражения ВИЧ-инфекцией в быту отметили 70,9% участников анкетирования. Менее половины (45%) опрошенных осведомлены о возможности передачи ВИЧ при грудном вскармливании. Часть (24,9%) респондентов считает возможным заражение ВИЧ-инфекцией при укусах кровососущих насекомых. Свой ВИЧ-статус знают 73,5% участников опроса.

На вопрос «Можно ли по внешнему виду человека понять, что он ВИЧ-инфицирован?» большинство (83,6%) опрошенных дали отрицательный ответ, утвердительный – 11,1%, затрудняются ответить – 5,3%. Респонденты отметили продолжительность жизни людей, инфицированных ВИЧ, следующим образом: 1-5 лет – 2,1%; 1-10 лет – 16,9%; 10-15 лет – 16,9%; неопределённо долго – 48,1%; затрудняются ответить – 15,9%. На вопрос «Можно ли полностью вылечить ВИЧ-инфицированного человека?» утвердительно ответили 5,8%, отрицательно – 82,5%, затрудняются ответить – 11,6% участников анкетирования. На

возможность защиты от заражения ВИЧ-инфекцией с помощью презерватива указали 76,2% опрошенных. Большинство респондентов (73%) считают, что ВИЧ-инфицированные люди могут иметь детей без ВИЧ-инфекции.

92,6% опрошенных осведомлены о возможности анонимного обследования на ВИЧ-инфекцию. О существовании уголовной ответственности за намеренное заражение ВИЧ-инфекцией знают 82,5% респондентов.

Наибольший охват, по мнению участников опроса, имеют следующие источники информации о ВИЧ-инфекции: Интернет (85,2%), учебное заведение (81,5%, в том числе лекции – 70,9%), медработники (59,3%). Наименьший охват имеют: журналы (16,3%), газеты (13,8%), радио (12,7%).

Вывод. В ходе проведенного исследования было установлено, что студенты I-VI курсов ВолгГМУ имеют высокий уровень информированности в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции, что можно объяснить приобретением соответствующих знаний в процессе обучения. Однако, почти четверть опрошенных не знают свой ВИЧ-статус. Таким образом, полученные данные позволяют расставить приоритеты при осуществлении мероприятий первичной профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди студентов.

Список литературы

1. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30 июня 2017 г. // Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ. Режим доступа: http://hiv65.ru/site_get_file/626/VICH-infektsiya%20v%20RF%20na%2030.06.2017g..pdf (дата обращения 06.10.2018)

2. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2017 г. // Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ. Режим доступа:

http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2017.pdf(дата обращения 06.10.2018)

3. Никитин Д.Н. Распространённость ВИЧ-инфекции в России и в мире за 2012-2016 гг // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 76-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. – С. 294-295.

УДК 614.2

МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ О ПРИМЕНЕНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Филиппова Яна Владимировна, Федичкина Ирина Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Дьяченко

Актуальность. Сохранение здоровья человека - актуальная проблема для всех времён. А сегодня, в XXI веке, она становится первостепенной. Состояние здоровья школьников вызывает серьезную тревогу специалистов в области здравоохранения. Наглядным показателем неблагополучия является то, что здоровье школьников ухудшается по сравнению с их сверстниками двадцать или тридцать лет назад [1]. При этом наиболее значительное увеличение частоты всех классов болезней происходит в возрастные периоды, совпадающие с получением ребенком общего среднего образования. Всё вышесказанное указывает на необходимость своевременного выявления и проведения мер по профилактике заболеваний у детей и подростков.

Цель. Выяснить информированность студентов-медиков о здоровьесберегающих технологиях и их отношении к применяющимся мерам профилактики в общеобразовательных учреждениях.

Материалы и методы. Проведёно социологическое исследование с применением специально разработанной анкеты, позволяющей оценить степень информированности студентов по вопросам здоровьесбережения и ЗОЖ, а так же и их отношение к применяющимся мерам профилактики в общеобразовательных учреждениях. Анкета содержала 16 преимущественно закрытых вопросов, часть из которых давали возможность респондентам отметить несколько вариантов ответов или написать свой. В группу наблюдения вошли 100 студентов ВолгГМУ преимущественно женского пола, средний возраст- 22 года.

Результаты и обсуждение. Большинство респондентов (60%) слышали и имеют правильное представление о здоровьесберегающих технологиях. В качестве источника информации чаще указывали Интернет, далее- это передачи по телевизору, занятия в университете. Большинство студентов (80 %) знают, что наука о здоровье и здоровом образе жизни - это валеология. Другими вариантами ответов были физиология, социология, анатомия, методология.

Здоровье детей, по мнению респондентов, зависит от соблюдения режима дня (40%), от организации оптимального двигательного режима (31%), от профилактики простуд (13%), от закаливания (7%), от прогулок (7%) и от питания (2%). При этом важнейшим компонентом ЗОЖ будущие врачи считают именно правильное питание и рациональный режим (71%), благоприятную психологическую обстановку в семье и школе (16%), систематические физкультурные занятия (7%), гимнастику для глаз (6%).

Наиболее лучшими формами организованного обучения физическим упражнениям назвали следующие (в порядке убывания рейтинга): подвижные игры, физкультурные занятия, прогулки на свежем воздухе, физминутка.

В школьные годы уроки физкультуры посещали 75 % опрошенных. В качестве причин отказа были указаны: освобождение по состоянию здоровья, неудобное школьное расписание и конфликт с преподавателем. Большинство опрошенных считает, что на физкультуру надо ходить. 50 % респондентов считают, что занятия должны быть 2-3 раза в неделю. Нашлись и такие ответы студентов, в которых они рассуждают о том, что количество занятий должно устанавливаться строго индивидуально и на усмотрение школьника и его родителей. Больше половины респондентов занимались спортом вне школы, посещая секции по волейболу, баскетболу, плаванию, борьбе, спортивной гимнастике, боксу, шахматам, фехтованию, фигурному катанию, легкой атлетике, скалолазанию и многое другое.

В качестве самых приемлемых здоровьесберегающих технологий для внедрения в общеобразовательные учреждения были указаны следующие: организованная образовательная деятельность (31%), игротерапия(20%), коррекционные упражнения(19%), точечный самомассаж(15%). Ничего не надо внедрять вовсе считают 8%, а 7% опрошенных затруднились ответить на данный вопрос.

Вывод. Большинство студентов ВолгГМУ знают о здоровьесберегающих технологиях и науке о здоровье и ЗОЖ. По мнению респондентов, соблюдение режима дня и организация оптимального двигательного режима имеют наибольшее влияние на здоровье детей, поэтому необходимыми в процессе обучения являются внедрение организованной образовательной деятельности и коррекционных упражнений.

Среди опрошенных, не посещавших физкультуру в школе (25%), большинство имели для этого медицинские противопоказания, у остальных же (7%) не было желания посещать занятия по разным причинам. Необходим комплексный подход, включающий в себя меры по повышению посещаемости уроков физкультуры и использование здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательном процессе. Данный подход позволит снизить утомляемость, повысить работоспособность учеников, что, в свою очередь, способствует сохранению и укреплению здоровья, повышению качества знаний и успеваемости.

Список литературы

1. Приходько И.В.: Гигиена детей и подростков. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. С.55.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Колесникова Виктория Андреевна, Мироненко Татьяна Александровна,
Янюшкина Юлия Александровна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Девляшова Олеся Федоровна

Введение. По данным Эндокринологического научного центра Министерства здравоохранения Российской Федерации, в настоящее время в России общая численность пациентов с сахарным диабетом (далее СД) составляет 4,348 тыс. человек, из них 4 001 860 человек – с СД 2 типа [1]. В Волгоградской области зарегистрировано 78 011 человек с диагнозом СД (3,1% от населения области), из них 73 855 человек приходится на СД 2 типа [1]. Период от возникновения заболевания до его выявления может составлять от 7 до 12 лет. При этом СД опасен такими осложнениями как: диабетическая нефропатия, диабетическая ретинопатия, диабетическая нейропатия, синдром диабетической стопы, диабетическая макроангиопатия, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, цереброваскулярные заболевания [1]. Предотвратить осложнения СД или отсрочить их развитие возможно только в ходе своевременной диагностики ранних нарушений углеводного обмена, а после их обнаружения – при регулярном проведении гликемического контроля.

Цель исследования. Определение основных факторов риска развития СД 2 типа у студентов ВолГМУ. И предложение рекомендаций по снижению риска развития данной патологии.

Материалы и методы. Для проведения исследования использовались статистический метод и метод анкетирования. Для оценки риска развития сахарного диабета 2 типа был использован тест-опросник И.В. Мисниковой и группы соавторов, созданный на основе опросника FINDRISC, разработанного Финской Ассоциацией Диабета. Проведено анкетирование 100 студентов 1–6 курсов в возрасте от 17 до 24 лет, учащихся в Волгоградском государственном медицинском университете. Анкета содержала 12 вопросов, с предложенными вариантами ответов, при этом на каждый вопрос респондент мог дать только один вариант ответа. В анкете содержались вопросы, отражающие параметры выявления основных факторов риска развития сахарного диабета. Обработка материалов проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение. По проведенному анкетированию были получены следующие результаты. «Социологический портрет» респондентов представляет девушек (78%), преимущественно в возрасте до 20 лет (70%), обучающихся на 3 курсе (54%) лечебного факультета (37%).

Среди всех анкетированных, у 91% ранее не обнаруживали повышенный сахар в крови, и у 9% ранее был обнаружен повышенный сахар в крови. У прямых родственников 9% ответивших, диагностировали сахарный диабет 1 или 2 типа, у 43% респондентов диагностировали у бабушек, дедушек, родных тетей или дядей, у двоюродных сестер или братьев. У родственников 48% опрошенных, сахарный диабет не был обнаружен. Регулярно использует антигипертензивные препараты 1% студентов, 99% не нуждаются в приёме данного вида лекарств.

Такой параметр, как охват талии показал следующие результаты. Среди 78 девушек, участвующих в опросе, более 88 см выбрали 2,6%, 80-88 см отметили 28,2%, у большинства – 69,2% охват талии не превышает 80 см. Среди юношей (в опросе приняли участие 22 студента) наблюдаются следующие показатели. Обхват талии более 102 см выбрали 9%, 94-102 см – 36,4% и у большинства (54,6%) обхват талии составил менее 94 см.

Свежие фрукты и овощи употребляют каждый день 41% студентов, однако в рационе почти 59% студентов каждый день данные продукты не используются. Обычный день 75% студентов включает минимум 30 минут физической активности, тем не менее, 25% считают, что не проявляют минимальной физической 30 минутной активности каждый день.

Индекс массы тела является весьма важным параметром, так как используется в повседневной жизни врача для первичной оценки пациента, а именно степени ожирения и риска сопутствующих заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и т.п.). Индекс массы тела: у 81% респондентов менее 25, у 17% опрошенных составил 25-30 и лишь у 2% более 30.

Выводы. Основными факторами риска развития сахарного диабета, оцениваемыми в опроснике, являются возраст, индекс массы тела, окружность талии, использование антигипертензивной терапии, гипергликемия в анамнезе, физическая активность, употребление фруктов, овощей и ягод, наследственность по диабету. Из полученных результатов определено, что у 77 % опрошенных студентов риск развития сахарного диабета 2-го типа низкий (1:100) – менее 7 баллов; у 19% умеренно повышенный (1:25) – 7–11 баллов; у 2% – средний (1:6) – 12–14 баллов; у 2% – высокий (1:3) 15–20 баллов. Исходя из проведенного исследования, общие рекомендации по снижению риска развития СД 2 типа заключаются в повышении медицинской грамотности среди студентов, плановом прохождении медосмотров, увеличении физической активности, в том числе и с помощью посещения занятий по физической культуре, правильном и сбалансированном питании, проведении тренингов о рисках развития и прогрессирования СД 2 типа и его осложнений, направленных на увеличение потребности в поддержании собственного здоровья при СД 2 типа.

Список литературы

1. Статья «Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета» // И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова [Электронный ресурс]: – научно-практический медицинский журнал эндокринологического научного центра Минздрава России. – Москва: 2017. – Режим доступа: <https://endojournals.ru/index.php/dia/article/view/8664>
2. Алгоритм диагностики сахарного диабета 2-го типа и контроль углеводного обмена: пособие для врачей / И.В. Мисникова, А.В. Древаль, В.А. Губкина, Ю.А. Ковалёва. – Москва: 2015. – С. 22-23.
3. Мисникова И.В., Древаль А.В., Ковалева Ю.А., Губкина В.А., Лакеева Т.С. Оптимизация скрининга для раннего выявления нарушений углеводного обмена // Сахарный диабет. 2014. № 1. С. 8–14.
4. Древаль А.В., Мисникова И.В., Барсуков И.А., Пончакова Г.В., Кузнецов А.В. Распространенность сахарного диабета 2-го типа и других нарушений углеводного обмена в зависимости от критериев диагностики // Сахарный диабет. 2010. № 1. С. 116–121.
5. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике. / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: Медицинское информационное агентство; 2016.

5. СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

УДК 614.2

ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ПРИОРИТЕТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКИХ ГОРОДОВ

Никитина Лариса Михайловна

Россия, Воронежский государственный университет

При формировании национальных, региональных и муниципальных стратегических документов социально-экономического развития одними из важнейших приоритетов государственной политики заявляются вопросы, связанные с развитием и благополучием человека. Безусловно, немаловажную роль в решении поставленных задач играет сфера здравоохранения, обеспечивающая сохранение и укрепление здоровья граждан на основе повышения доступности и качества медицинской помощи, и непосредственно влияющая на увеличение продолжительности жизни, снижение уровня смертности, рост рождаемости.

Сфера здравоохранения городов-региональных центров непосредственно интегрирована в систему здравоохранения субъектов РФ (включая структуру управления и бюджет). В этой связи, горожанам в большей мере доступны медицинские организации федерального, регионального и муниципального уровня, в том числе, высокотехнологичные и специализированные государственные и частные медицинские центры. Однако, с другой стороны, данное обстоятельство часто ограничивает область стратегирования социально-экономического развития крупных городов из-за отсутствия соответствующих полномочий у муниципалитетов.

Так, например, в Стратегии Волгограда 2030 [4] в приоритетном направлении «Развитие человеческого капитала» вопросы здравоохранения практически не затронуты. При формировании Стратегии Воронежа 2035 [5] только активная позиция разработчиков документа позволила прийти к согласованному с органами власти и управления решению о включении в стратегические приоритеты социально-экономического развития городского округа город Воронеж на период до 2035 года позиции по здравоохранению, в частности, развитие рынка медицинских услуг. Следует отметить, что одним из аргументов для обоснования данного решения послужило мнение самих горожан, отраженных в ряде аналитических материалов, подготовленных по результатам изучения социальных представлений жителей Воронежа [1] и оценок экспертов. Почти 90% горожан указали на здравоохранение как на сферу, развитие которой необходимо для процветания Воронежа. А среди ключевых проблем города были указаны: недостаточное качество медицинского обслуживания (4 место) и низкая доступность медицинского обслуживания (6 место). Поэтому повышение доступности и качества медицинской помощи являются универсальными целями для развития систем здравоохранения любого уровня, в том числе, муниципального.

Одним из критериев качества услуг здравоохранения является его оснащенность. Проанализируем некоторые показатели оснащенности сферы здравоохранения по городам, сопоставимым по социально-экономическим характеристикам развития – Воронежу, Волгограду, Нижнему Нов городу, Ростову-на-Дону, Самаре (таблица 1) [3].

Таблица 1. Показатели оснащенности сферы здравоохранения, 2015 год

Показатели	Воронеж	Вол- гог- рад	Нижний Новгород	Ростов на Дону	Са- мара
Численность врачей, человек:					
Всего	8948	7297	9787	8493	9819
на 10 000 человек населения	86,7	71,8	76,7	75,8	76,2
Численность среднего медицинского персонала, человек:					
Всего	15180	13357	17540	13246	13929
на 10 000 человек населения	147	134,4	137,5	118,3	119
Число больничных учреждений	36	48	68	40	36
Число больничных коек круглосуточных стационаров					
всего, тыс.	12,86	12,2	16,1	12,6	13,8
на 10 000 человек населения	124,6	119,8	126,4	12,4	117,8
Число амбулаторно- поликлинических учреждений	150	152	268	117	126
Мощность амбулаторно- поликлинических учреждений, посещений в смену:					
всего, тыс.	28,5	35,7	39,8	34,4	32,5
на 10 000 человек населения	276,1	351,6	312,1	307	277,8

Необходимо отметить, что обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом в расчете на 10000 человек в Воронеже лучше, чем во всех рассматриваемых городах. Однако по другим городам-миллионерам за период 2005-2015гг. наблюдается положительный тренд и стабильный ежегодный прирост среднего медицинского персонала в расчете на 10000 человек населения, позволивший, в частности, Волгограду и Нижнему Новгороду приблизиться к средним значениям рассматриваемого показателя по выборке референтных городов. За прошедшее десятилетие по показателю «Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену в расчете на 10000 человек населения» Воронеж демонстрирует устойчивый, но незначительный рост (на 12.4%), однако, по-прежнему, занимает последнее место среди референтных городов [2].

В целом, оценивая состояние сферы здравоохранения Воронежа, к положительным характеристикам следует отнести:

- высокое значение численности медицинского персонала и положительный тренд в увеличении мощности амбулаторно-поликлинических организаций;
- наличие высокотехнологичной медицины за счет размещения на территории городского округа региональных медицинских организаций;
- развитие частного сектора здравоохранения, способного оказывать качественные медицинские услуги, и наличие положительной практики межсекторного взаимодействия в сфере здравоохранения на основе ГЧП.

Достижение лидерских позиций по уровню развития человеческого капитала и качеству жизни населения может обеспечиваться в сфере здравоохранения Воронежа за счет следующих направлений:

- формирование совместных программ развития государственных и частных медицинских организаций, позволяющих объединить их кадровый, материально-вещественный, научный, организационный и информационный потенциал, и скоординировать их деятельность по территориальному размещению, составу оказываемых услуг, по работе с различными группами населения;
- создание здоровьесберегающей инфраструктуры и разделение ответственности за здоровьесбережение между медицинскими организациями и физическими лицами на основе межотраслевого взаимодействия всех отраслей социальной сферы (медицина, образование, культура, спорт, социальная защита) и непосредственного участия работодателя, что обеспечит высокую результативность диспансеризации, профилактики, пропаганды здорового образа жизни;
- развитие медицинского научно-образовательного комплекса в цепочке: колледж – университет – клиническая база и в консорциуме университетов по программам: биомедицина, фармакология, менеджмент в здравоохранении, информационные технологии в медицине, что позволит повысить профессионализм медицинского персонала и качество медицинских услуг.

Список литературы

1. Изучение социальных представлений жителей о текущем социально-экономическом состоянии и прогнозе развития Воронежа. Статистическое резюме по материалам социологического исследования. Подготовлен ООО «Фактор». – Воронеж, 2017. – 47 с.
2. Никитина Л.М. Оценка текущего состояния и динамики оснащенности сферы здравоохранения г. Воронежа // Управление изменениями в социально-экономических системах. Сб. ст. международной научно-практич. конф. Вып.17 / Под ред. докт. экон. наук, проф. Ю.И. Трещевского, докт. экон. наук, проф. Г.В. Голиковой. – Воронеж: Истоки, 2018. – С.139-147.
3. Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. 2016. (данные 2013-2015гг.) – http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_14t/Main.htm.
4. Стратегия Волгограда 2030 - <http://www.volgadmin.ru/d/strategy2030/index/39>
5. Стратегия Воронежа 2035 – http://www.voronezh-city.ru/communications/main_topics/detail/21766

УДК 65.012.7

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Киракосян Гегам Агасиевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. Аракелова Ирина Владимировна

В условиях реформирования системы здравоохранения в России особое значение приобретают вопросы практического применения современных форм управления персоналом,

позволяющих повысить социально-экономическую эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Чтобы решить проблему устойчивого финансового обеспечения системы здравоохранения и ее развития, необходимо эффективно использовать все имеющиеся ресурсы, особенно человеческие.

На сегодняшний день все более очевидным становится тот факт, что необходимость повышения эффективности организаций в условиях жесткой конкуренции на рынке труда определяет необходимость формирования новых подходов кадрового управления персоналом и создания эффективного кадрового потенциала на организации [1,2].

Кадровый потенциал – совокупность качественных и количественных характеристик персонала, включающих численность, состав и структуру, физические и психологические возможности кадров, интеллектуальные и креативные способности, их профессиональные знания и квалификационные навыки, коммуникативность и способность к сотрудничеству, отношение к труду и другие характеристики [7].

Система стратегического управления человеческими ресурсами, прежде всего, нацелена на наращивание и эффективное использование кадрового потенциала [3].

Кадровый потенциал организации можно определить, как один из важных факторов повышения её конкурентоспособности и эффективности. Актуальным является использование современных подходов в управлении персоналом организации.

Управление кадровым потенциалом организации можно рассматривать как последовательность следующих мероприятий: формирование, развитие и использование.

Развитие кадрового потенциала заключается в профессиональном обучении персонала, повышение квалификации персонала и обеспечивает устойчивое конкурентное преимущество организации, посредством наращивания конкурентоспособности персонала и обеспечения гарантии его профессионального роста и развития на долгосрочную перспективу.

Использование кадрового потенциала заключается в оценке деятельности персонала и соответствия, выполняемых работниками функций стратегическим целям организации [5,6].

Практика функционирования многих организаций свидетельствует о четкой взаимосвязи стратегических решений по управлению организацией и системой управления кадровым потенциалом. Вместе с тем данная взаимосвязь получает разные выражения в зависимости от величины организации и используемого метода планирования. При выработке перспективных целей малых организаций влияние фактора наличных ресурсов, возможностей уже имеющегося персонала является в целом определяющим; цели адаптируются под ресурсы. Проектирование стратегии небольшой организации опирается в первую очередь на наличные ресурсы, компетенцию персонала, его идеи и амбиции. Для крупных организаций данное положение также справедливо, но, как показывает практика функционирования значительного количество преуспевающих организаций, лишь в том случае, если время стратегического планирования не превышает трех лет. Для более длительного периода наблюдается обратная зависимость. Стратегия работы с персоналом должна позволить в промежутке 3-10 лет подготовить работников для реализации глобальных целей развития компании [3].

Подводя итоги, отметим, что система управления кадровым потенциалом тесно связана с управленческими решениями в целом. Соответственно, формирование и использование кадрового потенциала имеют взаимосвязь со стратегией организации. Эффективное использование кадрового потенциала в соответствии со стратегическими целями организации приведет к созданию сильного, сплоченного трудового коллектива и повысит производительность организации, ее конкурентоспособность, а также приведет к дальнейшему росту и развитию медицинской организации.

Список литературы

1. Андреева И.Л. Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения / И.Л. Андреева // Социальные аспекты здоровья населения. - 2014. - №1. - С.14.

2. Андриянова Е.А. Динамика социального статуса системы повышения квалификации среднего медицинского персонала / Е.А. Андриянова, О.Ю. Алешкина, Л.И. Порох // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2015. - №1. - С.23-27.
3. Армстронг М. Стратегическое управление человеческими ресурсами: Пер. с англ. – М.: ИНФРА-М, 2014. – VIII, 245-256 С. (Серия менеджмент для лидера)
4. Базарова Т.Ю. Еремина Б.Л.; Управление персоналом: Учебник для вузов. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 2015. – 123-134 с.
5. Берглезова Т.В. Проблемы управления процессами формирования и использования кадрового потенциала предприятия / Т.В. Берглезова // Кадровый менеджмент. - 2015. - №2. - С.26-31.
6. Жарко В.И. Человеческий потенциал - основа инновационного развития / В.И.Жарко // Проблемы управления. - 2015. - №3 (40). - С.27-30.

6. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ

УДК 001.895

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ НА РОССИЙСКИХ РЫНКАХ

Гончарова Елена Вячеславовна, к.э.н., доцент
Старовойтов Михаил Карпович, д.э.н., профессор
Россия, г. Волжский

Россия имеет лидирующие позиции в разработке ряда фундаментальных проблем в области физики, математики, информатики, химии, физиологии, медицины, в прикладных разработках лазерной и криогенной техники, новых материалов, аэрокосмической техники, отдельных образцов военной техники, средств связи и телекоммуникаций, программных продуктов для ЭВМ. На внутреннем рынке научно-технической продукции разработку и внедрение технологических инноваций осуществляют по данным Минпромнауки только 10% промышленных предприятий (в развитых странах около 30%). В то же время в расчете на один рубль затрат инновационно-активные предприятия обеспечивают объемы выпуска продукции больше в 7-8 раз, чем при ее производстве по традиционным технологиям. Анализ уровня инновационной активности в отраслевом разрезе показывает, что только пять отраслей имеют значения данного показателя, превышающие среднюю по российской промышленности величину. Это химическая и нефтехимическая промышленность, производство ядерных материалов, черная металлургия, машиностроение и металлообработка, топливная промышленность. Отрасли, отличающиеся самым высоким уровнем инновационной активности, объединяют и наиболее высокое абсолютное число инновационно-активных предприятий – более 70% от общего числа промышленных предприятий, вовлеченных в инновационную деятельность. Эти отрасли экономики России являются наиболее конкурентоспособными на мировом рынке. Обобщающим показателем результатов инновационной деятельности инновационно-активных предприятий служит доля объема инновационной продукции в общем объеме отгруженной продукции. В настоящее время инновационная продукция российских предприятий, активно занимающихся нововведениями, составляет около 20%. В общем объеме отгруженной продукции инновационная продукция составляет незначительную часть, около 2% [1, с.65].

Современный кризис национальной инновационной системы в России проявляется в нескольких направлениях: недостаточное финансирование науки из федерального бюджета; падение платежеспособного спроса на научно-техническую продукцию со стороны предпринимательского сектора; ухудшение качественных характеристик научных кадров и состояния материально-технической базы исследований. В настоящий момент бюджетная сфера в целом, в которой насчитывается свыше 40,7 тыс. учреждений, широко использует внебюджетные источники (таких организаций уже более 27 тыс., причем около трети бюджетных учреждений используют более 25% внебюджетных источников финансирования). Дальневосточное отделение РАН на начало 2004 г. имело долю внебюджетного финансирования 15,81%, Уральское отделение РАН – 25,83%, Российская академия образования – 18,79%. Подобная доля в РФФИ составляла 0,36%, в РГНФ – 0% [2, с.29].

Финансовая поддержка научных исследований за счет средств специальных фондов, аккумулирующих в общей сложности 8,5% расходов федерального бюджета на гражданскую науку, осуществляется на конкурсной основе с использованием научной экспертизы [3, с.28]. Решающими критериями деятельности фондов являются научная перспективность проектов, их значимость для социально-экономического и культурного развития страны.

Преодоление разрыва между потенциальными возможностями научно-образовательного комплекса России и низким уровнем их практического использования требует не только увеличения объемов финансирования, но и эффективного взаимодействия научных учреждений с производственными структурами и системой образования, формирования инфраструктуры, которая обеспечит доведение научных результатов до

конкретных технологических проектов и их реализации на рынке [4, с.12]. Невосприимчивость бизнеса к инновациям является серьезной проблемой, т.к. определяет замедление процесса коммерциализации результатов научно-технической деятельности.

Согласно рейтингу стран, который ежегодно публикует Всемирный экономический форум, с 2008 г. Россия находится на 79-м месте. В настоящее время существует большой разрыв между получением результатов НИОКР и их коммерциализацией [1, с.78].

Зарубежные специалисты, пытающиеся работать в России в области высокотехнологичного бизнеса и коммерциализации технологий, обращают внимание в первую очередь на такие препятствия, как: нехватка квалифицированных менеджеров; коррупция и как следствие – непрозрачность российских компаний; таможенный режим, препятствующий как ввозу, так и вывозу высокотехнологичных товаров; отсутствие инновационной и производственной инфраструктуры, необходимых технологий, неудовлетворительное состояние дорог, аэропортов, коммуникаций.

Коммерциализация исследовательской деятельности в значительной мере определяется связями между ключевыми участниками инновационного процесса – научными организациями и вузами, малыми фирмами, крупными корпорациями [5, с. 22].

Анализ литературы, посвященной вопросам коммерциализации технологий, показывает, что в современном мире роль продуктовых и технологических инноваций как источника экономического роста не только перемещает их в сферу ответственности корпоративного руководства предприятий, но и сближает со стратегиями бизнеса. Выведение процессов разработки и реализации новых технологий с производственно-хозяйственного и функционального уровней на корпоративный приводит к повышению роли инновационной деятельности в общей системе управления предприятием [6].

Более эффективное осуществление инновационной стратегии возможно при правильном соотношении факторов, определяющих успех реализации научно-технической продукции: научно-технический потенциал, производственно-техническая база, основные виды ресурсов, крупные инвестиции, соответствующая система управления; при наличии взаимосвязи через систему управления между инновационной, производственной и маркетинговой деятельностью предприятия.

Список литературы

1. Барышева, А. В. Инновации / А. В. Барышева, К. В. Балдин, Р. С. Голов, И. И. Передеряев; под общ. ред. А. В. Барышевой. – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация Дашков и К, 2008. – 382 с.
2. Стрелков, О. И. Российский индекс изобретательской активности [Электронный ресурс] / О. И. Стрелков // Аккредитация в образовании. – 27.12.2010. <http://www.akobr.ru>
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010: Стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 996 с.
4. Гончарова, Е.В. Инновационная восприимчивость как фактор функционирования малых предприятий при вузах / Известия Волгоградского государственного технического университета. 2013. Т. 15. № 5. - С. 11-18.
5. Гончарова, Е.В. Коммерциализация научно-технических разработок: региональный аспект / Актуальные проблемы современной науки. 2010. № 2. - С. 22-23.
6. Гончарова, Е.В. Формы и методы рыночного позиционирования и продвижения научно-технической продукции / Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2011. № 33. - С. 66-66

**ЭЛЕКТРОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ CONTRA «БУМАЖНО-БЮРОКРАТИЧЕСКОЙ»
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ***Вершинин Евгений Геннадьевич, Деларю Владимир Владимирович*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В настоящее время актуальной проблемой в отечественном здравоохранении является внедрение различных инновационных технологий [1-4]. При этом в последнее десятилетие данная проблема стала реально решаться – медицинские учреждения широко оснащаются разнообразной современной лечебно-диагностической и реабилитационной аппаратурой, происходит бурная институционализация симуляционного обучения и т.д. Однако еще остаются сферы медицинской деятельности, в которых процесс внедрения инноваций еще не получил должного развития. В частности, это можно отнести к «бумажно-бюрократической» деятельности врача. Естественно, оформление с помощью компьютеров медицинской документации (типа дневниковых записей, протоколов ведения и т.п.) стало достаточно привычным / рутинным делом во многих медицинских учреждениях, но это не может считаться её полноценной заменой, хотя и облегчает деятельность специалиста. Однако необходимо учитывать, что в большинстве случаев пациент контактирует с различными медицинскими структурами (поликлиника, различные больницы) и встаёт вопрос об оперативном обмене и оформлении документации, что далеко не всегда выполнимо даже по объективным причинам.

В этом плане перспективным направлением представляется разработка и внедрение условно называемой «Электронной карты пациента». Так, С.А. Юдиным с соавторами показано, что в современных условиях лечение больного туберкулезом представляет сложный комплекс из нескольких госпитализаций (в том числе в разных противотуберкулезных стационарах), санаторно-курортного лечения и амбулаторного наблюдения, при этом заводится множество историй болезни и амбулаторных карт, доступ к которым для лечащего врача бывает затруднителен даже внутри одной организации. Это зачастую приводит к проведению ненужных повторных исследований и неполной информированности врача. Важнейшую роль в решении этих проблем решают современные информационные и электронные технологии, которые значительно повышают безопасность и качество медицинской помощи, увеличивают оперативность представления медицинской информации, обеспечивают комфортность в работе медицинского персонала. Получение из архива электронного медицинского документа осуществляется быстрее и проще. Такой документ, в отличие от традиционного, может быть доступен многим врачам одновременно и может быть использован для компьютерной обработки (построения динамических кривых, контроля действий персонала, статистической обработки, экспертных систем, подготовки отчетов и т.п.). Авторами предложена электронная медицинская карта пациента – основа медицинской информационной системы, единое хранилище медицинской информации, предназначенное для ведения, хранения, поиска и выдачи по информационным запросам (в том числе и по электронным каналам связи) сведений по всем случаям обращения пациента за медицинской помощью в лечебное учреждение [5, 6].

Однако широкое внедрение подобных электронных карт пациента сопряжено с рядом проблем. Основными из них видятся следующие - сохранение конфиденциальности содержащихся в них информации и наличие соответствующего программного обеспечения практически во всех амбулаторных и стационарных учреждениях медицинских учреждений региона (с соответствующим обучением персонала и организацией тесного взаимодействия медицинских учреждений на горизонтальном уровне). В принципиальном плане решение этих проблем представляется вполне возможным, особенно «технической» части. В тоже время разработка подобных карт в настоящее время осуществляется практически исключительно в рамках инициативных исследований, а для их внедрения в практику необходимо активное участие регионального комитета здравоохранения.

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. Деларю В.В. Диссертации по социологии медицины // Социологические исследования. - 2010. - № 5. - С.151-152.
3. Кузнецов А.И., Тимофеев Е.И. Инновации в медицине как одно из основных направлений социально-экономического развития страны // Инновационная деятельность. - 2015. - № 4 (35). – С.14-19.
4. Мисинева И.А. Внедрение инноваций в сферу здравоохранения через международную интеграцию предприятий // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. – 2015. - Т.2. - С.748-750.
5. Юдин С.А., Барканова О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Реабилитация во фтизиатрии: комплементарность медицинских, социальных и психологических факторов. – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2017. – 352 с.

УДК 338.984

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

Безроднова Мария Андреевна; Коликов Александр Евгеньевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента ВолГМУ
Шестакова Ирина Валерьевна

Россия, как и весь мир, стоит на пороге новой научно-цивилизационной трансформации, базирующейся на знаниях. Открывающиеся перед человечеством новые инновационные и технологические возможности вместе с кардинальными трансформациями в экономике, науке, культуре и других сферах общественной жизни позволят обеспечить последовательное движение к цивилизационному прогрессу и к новой экономике знаний.

В связи с этим целью нашей работы было определить, как в современном мире, а в особенности в России развивается инновационная экономика. В рамках достижения цели мы поставили перед собой следующую задачу: рассмотреть новые инновационные технологии в медицине.

Многое изменилось в современной жизни с наступлением нового века, и особенно это касается такой наукоёмкой отрасли, как медицина. Постепенно стали отходить в прошлое старые методики лечения, зачастую требующие долгого периода восстановления, стационарного ухода. Эти методики оттесняются на второй план передовыми технологиями, способными всего за пару часов решить сложнейшую проблему со здоровьем. То же касается и диагностики — ведь с использованием современной аппаратуры врачи могут без труда поставить самый сложный диагноз, определить первопричину того или иного патологического состояния, и в соответствии с этим назначить единственно правильную схему лечения. По оценкам экспертов, объем рынка медицинской техники и товаров медицинского назначения по итогам прошлого года составил 77,9 миллиардов рублей. Из них более 29,3 миллиарда пришлось на долю закупок диагностического оборудования. Правительство РФ утвердило концепцию федеральной целевой программы "Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу". На развитие медицины в России в ближайшие 10 лет будет выделено более 120 миллиардов рублей. Наиболее развивающиеся технологии на данный момент:

1. Аппарат да винчи. Несомненным достижением является то, что робот-хирург позволяет выполнять те микрохирургические манипуляции, в которых важна точность вплоть до нанометра, и его рука при этом никогда не дрогнет от волнения или усталости, что полностью устраняет человеческий фактор во время операции.

2. Электромиостимуляция. Новое революционное решение создано для парализованных людей. В зависимости от силы давления интеллектуальная система выбирает периодичность и длину волны, с которой на эти зоны действуют небольшие электрические импульсы, заставляющие мышцы работать. Такая система не даёт нарушаться кровообращению в застойных зонах, что способствует постоянному питанию клеток. Это изобретение способно помочь даже тем людям, у которых полностью атрофированы двигательные нервы, поскольку импульсы действуют напрямую на мышцы, что заставляет их сокращаться.

3. Живой гель. В Голландии учёными-медиками был создан особый полимерный гель, обладающий уникальными свойствами. При нагревании он не становится более жидким, а, наоборот, застывает, заполняя собой все пустоты. Такой эффект наблюдается при соприкосновении с человеческим телом, когда гель принимает структуру, близкую к белковым тжам. Основное применение такого живого геля планируется в рамках экстренной медицины. С его помощью можно за несколько секунд останавливать крупные кровотечения и временно покрывать защитным слоем важные органы, которые имеют обширные повреждения. Такая мера позволит пациенту дожить до операции или перенести доставку в скорой помощи от места катастрофы до больницы.

4. Принтер для живых тканей. 3D-биопринтинг – инновационная технология, которая постоянно совершенствуется. Она впервые максимально приблизила человечество к реальному синтезу живых тканей, которые не отличаются от созданных природой. Сейчас разработки ведутся в плане создания нейронов, внутренних слизистых поверхностей, костей и сухожилий.

5. Восстановление поврежденных нейронов. Основой такого изобретения являются углеродные полые трубочки, вокруг и внутри которых с впечатляющей скоростью нарастают белковые ткани нейронов. Связи и импульсы, которые возникают в таких новых структурах, ничуть не уступают по скорости природным, а нередко даже превосходят их. Это изобретение позволит избежать паралича огромному количеству пациентов, переживших инсульт, решить проблему многих неврологических заболеваний.

6. Биорассасывающиеся стенты. 600 000 пациентам вживляются металлические стенты для лечения закупорки коронарной артерии. Этот новый стент создан из натурально растворяющегося полимера. Он расширяет артерии как и обычные стенты, но остается в теле в течение двух лет, после чего поглощается внутренними процессами.

Также мы провели социальный опрос, чтобы узнать насколько хорошо люди знакомы с инновациями в области медицины.

Подводя итог, надо сказать, что уже сейчас инновационная деятельность набирает всё новые и новые обороты. Прямым доказательством служит такая наукоёмкая отрасль, как медицина. Но это только один пример. На самом деле изменения постепенно затрагивают все отрасли. И задача нашего государства — как можно скорее выполнить все государственные проекты, перейти на инновационную модель развития, стать конкурентоспособным партнёром на рынке инноваций, а значит совершить качественный скачок в повышении уровня жизни российских граждан.

Список литературы

1. Бокерия Л. А. Общая характеристика процесса инноваций и их трансферта в медицине // Наука и пром-сть России. – 2002 - N 2/3. - С. 79-83
2. Улащик В. Медицина в зеркале нанотехнологий // Наука и инновации. - 2009 - N 5 - С. 66-69
3. Шахматова Т. Б. Инновационная деятельность и медицина // Патенты и лицензии. – 2005 - N 3 - С. 46-49
4. Княжев В. А. XXI в. - медицинские науки: от идеи до новых технологий // Наука и пром-сть России. – 2002 - N 2/3. - С. 12-16

КОМПЬЮТЕРИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Тюрина Виктория Юрьевна, Чеботков Дмитрий Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. Легенькова Надежда Михайловна

Введение. Всем известно, что развитие такой наукоемкой отрасли человеческой деятельности, как медицина неразрывно связано с развитием информационных технологий, ведь именно они позволяют максимально ускорить процесс передачи информации в цепочке «Пациент-врач-диагноз-лечение».

Цель исследования. Изучить влияние компьютеризации на оптимизацию медицины, выявить проблемы, связанные с компьютеризацией медицины в России.

Материалы и методы.

- *Влияние компьютеризации на оптимизацию медицины.*

На протяжении всей своей истории медицина несла на себе несколько основополагающих задач, некоторыми из которых были: необходимость передачи следующим поколениям врачей все больших объемов информации и увеличение скорости определения заболевания у пациента и типа лечения данного заболевания.

Известно так же, что некоторые клинические случаи вызывают сомнения у молодых врачей и последние нуждаются в помощи более старших и опытных коллег, которые могут находиться на значительных расстояниях.

Вплоть до открытия телеграфа любые письма врачей, которые необходимо было доставить на некоторое расстояние проходили долгий путь транспортировки на конной упряжке, а позже на паровозе или теплоходе. Такой путь, например, от Москвы до Санкт-Петербурга на конной упряжи занимал более недели, на паровозе-3 дня. При этом объем передаваемой информации измерялся низшим порядком (сотнями килобайт), что эквивалентно нескольким листам текста формата А4.

С появлением телеграфа передача того же объема информации могла занять несколько минут и требовала наличия специалиста по азбуке Морзе.

В современном мире ситуация имеет следующий вид: в прошлом передовой, а ныне архаичный телеграф заменён на сеть Интернет. Передача миллиона килобайт (на 2 порядка выше значений телеграфной передачи) занимает не более одной минуты при хорошем уровне сигнала сети. С появлением Интернета врачи получили возможность обмениваться между собой текстовыми, аудио/видео/фото данными, что многократно увеличило количество устанавливаемых диагнозов. Так же стоит отметить то, что при обнаружении уникальных клинических случаев врач имеет возможность в режиме онлайн проконсультироваться с коллегами независимо от расстояния.

Кроме высокой скорости передачи данных современная медицина так же требует и хранения больших объемов информации. В 20-м веке в основном вся медицинская документация хранилась исключительно в аналоговом виде (на бумаге). При современных же объемах данных недостаточно будет хранить всю информацию на бумаге, ведь последующее нахождение и считывание информации с подобных носителей занимает намного больше времени, нежели произведение тех же действий в электронных базах данных, которые в основном хранятся на твердотельных накопителях (жестких дисках), которые способны вмещать информацию, эквивалентную 250 миллионам двусторонних страниц формата А4 (1 Тб)

Из всего этого можно сделать вывод о том, что на нынешнем этапе развития медицины и её технологий практически жизненно необходимо распространять компьютеризацию лечебных и профилактических медицинских учреждений.

- *Проблемы, связанные с компьютеризацией медицины в России*

По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации на 2016 год завершился этап развития Единой Государственной Информационной Системы в сфере Здравоохранения (ЕГИСЗ). К интегрированной электронной медицинской карте (ИЭМК) подключились 7076 (40,5% от общего числа) медучреждений из 81 субъекта Федерации, при этом сведения в нее передают 6811 (39% от общего числа) медицинских организаций из 66 регионов. [1]

С своей очередь компьютеризация медицинских учреждений не заканчивается на разработке единой информационной системы для них. Для пользования данной системой необходимы компьютеры. Так же компьютеризация включает в себя и интегрирование сложной медицинской аппаратуры с компьютерными системами. Вследствие дороговизны данного оборудования им обеспечиваются далеко не все даже крупные лечебные учреждения.

Недостаточную оснащенность медицинским оборудованием ярче всего демонстрирует сравнение показателей оснащенности аппаратами МРТ в Японии и России. В Японии на один миллион жителей приходится в среднем 46,9 аппаратов МРТ. В России этот показатель - 1-5 аппаратов МРТ на миллион жителей. В связи с нехваткой сложной аппаратуры могут возникать проблемы, связанные с географической доступностью или временем ожидания исследований. [2]

Заведующий травматологическим отделением БСМП им. 1 мая г. Гуково Виктор Дубодел говорит о проблеме дефицита медицинского оборудования следующее: «Понятно, что город у нас маленький, всего 65 тысяч населения, но тем не менее иногда приходится вручную перелистывать сотни мед. карточек в поисках нужной. Компьютеров у нас для этого нет. А про МРТ, у нас некоторые пациенты приезжают с результатами после двухнедельного ожидания своей очереди. Это хорошо, что у нас ближайший МРТ центр в Каменоломнях»

Вывод. Компьютеризация медицины позволяет современным врачам своевременно обращаться к своим коллегам за помощью в спорных ситуациях, а также получать данные об истории болезни своих пациентов. При этом высокий уровень компьютеризации наблюдается лишь в больших городах. Вследствие использования персоналом лечебных учреждений небольших городов аналоговых мед. карт могут возникать проблемы при осмотре и выставлении диагноза пациенту в другом регионе. Отсюда следует сделать вывод о том, что необходимо обратить внимание на компьютеризацию не только крупных городов, но и небольших.

УДК 338.45

АНАЛИЗ РЫНКА ИННОВАЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: ТЕНДЕЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Гилаева Танзила Ахмедовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ Аракелова Ирина Владимировна.

В мировом масштабе лидером по объему продаж является группа инновационных лекарственных препаратов, которые играют немаловажную роль в здоровом обеспечении населения. Мировая фармакология предлагает инновационные лекарственные средства для лечения и профилактики заболеваний. В 2018 г. наблюдается оптимистичный темп развития фармацевтической индустрии: новые препараты выходят на рынок быстрее, чем когда-либо прежде, а крупные и мелкие разработчики лекарственных средств успешно проводят исследования своих продуктов в ряде терапевтических областей в сфере здравоохранения [1].

Что такое инновационный препарат? Это лекарственное средство, представляющее собой новую активную субстанцию или уже известную субстанцию, но усовершенствованную и применяемую по новым показаниям. Так же инновацию лекарственного средства определяют такие критерии, как механизм действия, доступность, требования к качеству, эффективности и безопасности по новым и более жестким дисциплинам.

Целью инновационной лекарственной политики является разработка и выведение на рынок новых препаратов в связи с постоянно возрастающей заболеваемостью всех слоев населения, появлением новых заболеваний и привыканием организма к существующим лекарствам.

На сегодняшний день до 70% лекарств, реализуемых в стране, являются импортными, а на рынке лекарственных препаратов до 20% принадлежит российским инновационным разработкам. Российский фармацевтический рынок по объему занимает 14-е место в мире.

Объемы продаж лекарственных препаратов на рынке в августе 2018 г. составил 78,4 млрд. руб. (в розничных ценах), что по сравнению с прошлым годом показывает прирост реализации на 5,1%.

Объём российского аптечного рынка БАД в августе 2018 г. увеличился на 4,0% по отношению июля и составил 4,0 млрд. руб.

Средняя стоимость упаковки ЛП в августе 2018 г. снизилась на 0,1% по сравнению с июлем и составила 185,2 руб. Если сравнивать среднюю стоимость упаковки лекарств в текущем месяце 2018 года с августом 2017 года, то следует отметить падение цены на 0,04% [2].

В связи с конкуренцией снижается наценка лекарственных препаратов для привлечения потребителя, что приводит к низкой доходности и убыткам. Наблюдается повышение маркетинговых предприятий в отношении лекарственных средств. Многие аптеки и дистрибьюторы акцентируют внимание на рекламу их лекарственной продукции, чем на ее усовершенствование, что является одним из тех факторов, удерживающих развитие инновационной политики России, так как значительно снизилась доля компаний, которые планируют вывести на рынок новые лекарственные средства. Помимо рекламы лекарственной продукции на федеральных каналах, преобладают продвижения интернет-аптек., однако следствием такого сервиса медицинской услуги является возможность продажи без лицензии, что опять же сказывается на состоянии аптек, неспособных выдержать такой конкуренции.

Основные проблемы фармацевтических компаний в России:

- 1) **Несовершенство законодательного регулирования;**
- 2) **Состояние российской экономики**, проблема которой волнует иностранные компании без локализации производства в России и крупные предприятия
- 3) **Недостаточная платежеспособность.** Этот фактор сдерживает развитие, которое оказывает влияние на лекарственную промышленность и здоровье населения;
- 4) **Геополитические риски**, которые имеют особое значение для иностранных компаний без локализации производства в России;
- 5) **Коррупция**, которая применяется компаниями для реализации собственной продукции в сегменте лечебно-медицинских учреждений (коррупция у иностранных предприятий выше, чем у российских).

Тренды российского фармацевтического рынка в начале 2018 года сохранили динамику развития прошлого года:

- 1) рост рецептурных препаратов за счёт большего прироста, как в денежном, так и в натуральном выражении. В упаковках доля рецептурных препаратов увеличилась на 1,3%, в рублях прирост был ещё более заметным – на 1,5%.
- 2) слабый рост безрецептурных препаратов, так как потребители лекарственных средств перешли на более дешёвые бренды и марки, а также увеличилась доля продаж отечественной продукции
- 3) продажа противостудных средств снизилась

Несмотря на продолжающийся рост фармацевтического рынка в России, упали не только темпы роста продаж, но и производства. Этот показатель стимулирует участников рынка искать новые пути реализации и производства. Так, Минпромторг России разработал государственную программу развития фармацевтической и медицинской промышленности "ФАРМА-2020", целью которой является:

- 1) организация производства воспроизведенных и инновационных лекарственных средств для лечения заболеваний;
- 2) переход фармацевтической промышленности на инновационную модель развития;
- 3) рост обеспеченности населения лекарственными средствами отечественного производства;
- 4) увеличение доли Российского оригинального препарата до 50%;
- 5) объем экспорта лекарственных средств – 75,0 млрд. руб.;
- 6) развитие научно-технического потенциала фармацевтической промышленности [3].

Реализация программы протекает положительно, так как наблюдается финансирование научных технологических центров. Минпромторгом России направлены денежные средства на создание научного центра инновационных лекарственных средств ВолгГМУ. Так, в настоящее время волгоградские фармакологи занимают ведущие позиции в России в создании новых оригинальных лекарственных средств. За период с 2014 года было получено 18 патентов. Наши отечественные ученые проводят исследования более 20 разработанных ими препаратов для лечения СПИДа, туберкулеза, сахарного диабета и других новых лекарственных препаратов [4]. Наблюдается существенное повышение конкурентоспособности российских производителей, что позволило увеличить долю отечественной продукции на рынке к 2017 году до 21%, что по сравнению с 18,2% 2014 года является хорошим результатом.

Анализируя состояние фармацевтического рынка текущего времени и прошлых годов, а также тенденции и перспективы развития фармацевтической промышленности по установленным программам, могу сделать следующие выводы. По мнению автора, "ФАРМА-2020" является толкающим локомотивом, который приведет к формированию более развитой структуры НИОКР в сфере лекарственной медицины, к улучшению качества жизни, положения фармацевтической отрасли, лекарственного производства и производства медицинской техники.

Список литературы

1. <https://gmpnews.ru/2017/12/tendencii-razvitiya-farmaceuticheskoj-industrii-v-2018-godu/>;
2. http://www.dsm.ru/docs/analytics/august_2018_pharmacy_analysis.pdf;
3. http://minpromtorg.gov.ru/common/upload/files/docs/MinProm_02.06.14.pdf;
4. <http://volgazdrav.ru/index.php/component/k2/item/11711-andrey-bocharov-farmatsevticheskaya-otrasl-mozhet-stat-novyim-napravleniem-ekonomiki-volgogradskoy-oblasti.html>.

УДК 65.012.6

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

Абакумова Юлия Вячеславовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Аракелова Ирина Владимировна

На данный момент, одной из актуальных мировых тем является инновационная деятельность. Именно ее реализация в различных сферах позволяет двигаться вперед не только научной и медицинской, но и остальным сферам. Однако, если мы говорим о инновационной деятельности, то мы, соответственно, и поднимаем вопрос о защите авторских прав. И это проблема касается не только нашего государства, но и всего остального мира.

Сейчас в век технологий не просто нужны особые знания и иное видение мира, но и определенный опыт в той или иной сфере деятельности. Сегодня более дальновидные компании стараются спонсировать изобретения или улучшение медицинской техники, имена чьих создателей имеют либо довольно высокий уровень познания в медицине, либо уже ранее

имели опыт в подобной деятельности. Поэтому чаще всего субъектами процесса внедрения новых технологий в государственных и муниципальных учреждениях являются: руководители медицинских учреждений, заведующие отделениями медицинских учреждений, специалисты ЛПУ. Кроме того, прежде чем принять решение о необходимости внедрения той или иной новой технологии, необходимо по крайней мере знать о ее существовании и о результатах использования – для пациентов, медицинских учреждений и самих врачей.

На основании этого сами по себе задаются два вопроса: чем руководствуются, например, руководители медицинских учреждений? И в чем основная проблема внедрения инновационных технологий?

У руководителей медицинских учреждений основным интересом является, конечно, социальная полезность, а также и экономическая эффективность. Экономическая эффективность представляет собой повышение качества обслуживания, что является первостепенным, и повышение престижа больницы.

Важным ресурсом, обеспечивающим функционирование полученного оборудования, являются соответствующие врачи-специалисты. Поэтому основной проблемой внедрения технологий непосредственно является малая часть или отсутствие высококвалифицированных специалистов в конкретной медицинской сфере. Также, учитывая, что чаще всего поставщики нового оборудования — это страны Европы, возникает еще одна проблема: не знание иностранного языка на должном уровне. [1]

Когда понятна причина сложности внедрения медицинских технологий, необходимо разобраться чем обусловлена необходимость в новом оборудовании:

1. Замена вышедшего оборудования;
2. Улучшение качества традиционных видов диагностики и лечения;
3. Развитие того или иного отделения, направления, которое по мнению руководства имеет приоритет. [1]

Во многом внедрению инноваций помогают многочисленные спонсорские программы, однако и они не готовы работать с непроверенными или бесперспективными идеями, федеральные целевые программы. Основная идея этих программ обеспечение больниц высокотехнологичным и проверенным оборудованием.

Список литературы

1. https://medinfo.social/uchebniki_885/vnedrenie-novyih-meditsinskih-tehnologiy-34340.html

УДК 34

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Поздняк Екатерина Вадимовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Ситникова Светлана Евгеньевна

В настоящее время невозможно представить медицину без внедрения инновационных технологий. Роль инноваций в сфере охраны здоровья граждан особо актуальна в наше время, когда демографическая ситуация в стране крайне нестабильна. Внедрение и последующая реализация инноваций – важнейший шаг для развития в области здравоохранения. От эффективной инновационной политики зависит улучшение как качества оказываемых медицинских услуг, так и степень их доступности для населения.

Инновация - это результат инвестирования в разработку и получение нового знания, ранее не применявшейся идеи по совершенствованию сфер жизни людей, и следующий за этим процесс внедрения этого знания.

Инновационная политика в здравоохранении - это политика, направленная на создание или приобретение, внедрение и распространение инновационных медицинских технологий для повышения качества и доступности медицинской помощи.

Основополагающими целями государственной инновационной политики Российской Федерации, ссылаясь на проект федерального закона «Об инновационной деятельности и государственной инновационной политике» [1], можно назвать создание экономических, правовых и организационных условий для инновационной деятельности, которые обеспечивают рост конкурентоспособности отечественной продукции, эффективное использование результатов научно-технического прогресса.

Таким образом, возникает крайняя необходимость в формировании инновационной политики в области здравоохранения, где потребность в разработке и внедрении инноваций в медицине останется не только очень высокой, но и со временем возрастет. Вполне очевидно, что повышение доступности и улучшение качества медицинской помощи не должно иметь никаких ограничений.

Определенно, медицинская наука в РФ нуждается в увеличении объемов материального финансирования. Но одновременно с этим в отечественном здравоохранении есть несколько факторов, создающих препятствия для внедрения медицинских инноваций и затрудняющих их доведение до потребителя. К указанным факторам стоит отнести следующие:

- разработка медицинских инноваций не скоординирована с возможностями их реализации в практическом здравоохранении;
- отсутствует актуальная информация об инновационных технологиях в медицине, появившихся и уже внедряющихся в других странах;
- система подготовки кадров, действующая на данный момент, не обладает нужной гибкостью, не учитывает потребности в кадрах, которые могли бы обширно использовать медицинские инновации [2] [3].

Стоит упомянуть, что вышеуказанные факторы имеют объективный характер; их преодоление сильно затруднено. В связи с этим назревает вопрос об оптимизации деятельности в сфере медицинских инноваций.

Существует несколько способов преодоления сложившихся проблем.

Вариант первый - организация научных производственно-образовательных комплексов. Создание подобных структур было особенно актуально в период развитого социализма, в наши дни эта схема тоже распространена. В некоторых регионах есть примеры тесного и довольно эффективного взаимодействия друг с другом крупных клиник, образовательных учреждений и научных центров. Идея координации и сотрудничества этих организаций по созданию и реализации новейших технологий остается интересной для изучения и в наши дни.

Вариант второй - совершенствование системы государственных заказов на создание и реализацию медицинских инноваций. Подобная схема работы широко применяется сегодня на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Третий вариант, в основе которого лежит идея о формировании в Российской Федерации так называемых кластеров медицинских инноваций. Кластером можно назвать объединение разных компаний, организаций, учреждений, имеющих определенный интерес в продвижении медицинских товаров и услуг определённого вида.

Кластер медицинских инноваций - комплексная структура, объединенная одним технологическим процессом, конечным продуктом которого является медицинская инновация, созданная усилиями всех участников этого процесса.

Для успешного функционирования кластера необходимым является участие в его деятельности как государственных и муниципальных, так и различных структур бизнеса. Цель таких кластеров медицинских инноваций - повышение качества и доступности медицинской помощи путем внедрения и популяризации медицинских инноваций в здравоохранение Российской Федерации.

Таким образом, внедрение и последующая реализация инноваций – это важнейший шаг для развития здравоохранения. Достичь этого вполне реально, но только с помощью грамотной инновационной политики, отвечающей всем стандартам современной жизни.

Список литературы

1. Проект Федерального закона № 99029071-2 «Об инновационной деятельности и государственной инновационной политике»
2. Шуднева О.Н. Существенные проблемы внедрения и применения медицинских инновационных методов лечения [Электронный ресурс] // Научная статья №7, 23.06.2017 – URL: <http://novaum.ru/public/p295>
3. Соловьева Е.А. Влияние инновационных технологий на развитие отечественного здравоохранения и улучшения качества здоровья населения в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Научный журнал «Экономика и предпринимательство», 2013. – URL: <http://naukarus.com/vliyanie-innovatsionnyh-tehnologiy-na-razvitiie-otechestvennogo-zdravoohraneniya-i-uluchshenie-kachestva-zdorovya-naseleni>

УДК 65.012.7

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Подсеваткина Анастасия Константиновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.э.н.: Косинова Наталья Николаевна

Инновационная деятельность в отрасли здравоохранения направлена на увеличение эффективности работы первичного медицинского обслуживания, оптимальное применение финансовых фондов, внедрение ресурсосберегающих технологий и использование новых организационно-правовых форм медицинских организаций на базе разработок научно-обоснованных подходов к использованию стандартов медицинской помощи на всех этапах ее оказания.

Ведущие направления инновационного развития здравоохранения в нашей стране нашли свое отражение в Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Для достижения целей инновационной медицины в указанном программном документе были обозначены первоочередные задачи, которые предстоит решить в ближайшей перспективе, среди которых [1], [2]:

1. Обоснование и создание единой концепции и стратегии инновационного развития здравоохранения на всех уровнях менеджмента (федеральном, региональном, муниципальном).

2. Формирование и поэтапное развитие инновационной инфраструктуры здравоохранения вместе с эффективным управлением имущественным комплексом.

3. Отработка эффективного инновационного механизма финансово-экономических отношений и целевой экономической политики, направленной на оптимальное применение всех видов финансовых ресурсов. Переход от финансирования «содержания учреждений» к финансированию их деятельности, которая должна быть нацелена на положительный результат в деле оказания различных видов медицинской помощи.

4. Улучшение механизма взаимодействия между участниками инновационного процесса в сфере здравоохранения (в системе органов управления здравоохранением, учреждений здравоохранения, образовательных и научных учреждений, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, органов исполнительной и законодательной власти). Развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении, под которым понимается «особый вид сотрудничества государственного и частного секторов с целью реализации долгосрочного инвестиционного проекта в локальном, региональном, национальном и международном масштабах» [3].

5. Обязательная ориентация работы органов управления здравоохранением и медицинских учреждений здравоохранения на итоговый результат своей деятельности и др.

Неоспоримый факт, что здравоохранение – это стратегическая и значимая сфера народного хозяйства, которая обеспечивает воспроизводство населения, предоставляет комплекс социальных гарантий, осуществляет мероприятия по поддержанию и сохранению здоровья граждан. Состояние здоровья населения оказывает прямое влияние на безопасность страны, эффективность, качество трудовой деятельности и процесс воспроизводства трудового потенциала. Геополитические интересы России можно будет осуществить при условии поддержания и укрепления здоровья ее нации.

Препятствиями для внедрения инноваций в отрасли здравоохранения, помимо экономических, являются следующий ряд факторов [4]:

- разработка и осуществление медицинских инноваций не связана с возможностями их использования на практике. В результате чего инновации невостребованы, что затрудняет процесс появления и использования инноваций следующего поколения;

- процессы децентрализации системы менеджмента в здравоохранении усилили разнонаправленность системы научного поиска, подготовки квалифицированных кадров и практической медицины;

- имеется существенный разрыв между научно-исследовательскими разработками НИР и их практической реализацией в здравоохранении;

- отсутствие правового регулирования ГЧП. А процесс правового регулирования по лекарственному обеспечению населения вообще отсутствует.

Проблемой современности выступают достаточно высокие, по отношению к уровню дохода населения, цены на медицинские препараты и услуги. Данная ситуация складывается из-за социальных проблем, связанных с невысокими доходами значительной части россиян, ограниченным доступом к потребительским благам, неравенству в доходах и т.д. Присутствующая экономическая деформация нарушает постулаты формирования равновесной цены по законам спроса и предложения.

Правительства всех государств пытаются найти решение, которое способствовало бы увеличению доступности, улучшению качества, и эффективности предоставляемых государством медицинских услуг, не приводя к дальнейшему отягощению государственного бюджета. Для решения данных проблем следует широко использовать ГЧП, которые представляют собой совокупность форм средне- и долгосрочного сотрудничества государства и предпринимательских структур для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях [5].

В условиях развития инновационного здравоохранения главным механизмом исполнения и достижения поставленных целей и задач выступает система бюджетирования, представляющая собой процесс «планирования и подготовки бюджетов, а также контроля за выполнением бюджетов для достижения желаемого результата».

Значимым направлением повышения эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения выступает планирование определенных индикаторов деятельности, которые характеризуют как результативность и эффективность здравоохранения, так и применение в отрасли инноваций.

Подводя итог, отметим, что дальнейшее реформирование здравоохранения в Российской Федерации связано сегодня уже не только с разработкой концепции и стратегии инновационного развития здравоохранения, но и внедрением её на практике, на основе формирования новой инновационной организационно-экономической модели отрасли.

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/document/cons_doc_LAW_82134/5c2f5b1d790a1f82d0ca1f2fa0d72e968e6349e7/

2. Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://topmedicina.ru/health/konserciya/>

3. Аджиенко, В.Л. Стратегический анализ института государственно- частного партнерства в сфере здравоохранения // В.Л. Аджиенко, Н.Н. Косинова // Фармация и фармакология. - 2017. - Т. 5. - № 4. – С.380 – 400

4. Об инновациях в здравоохранении // Вопросы социального обеспечения. - 2017. - № 7. - С. 5-6.

5. Чубаров Т. Экономика здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики / Т. Чубарова // Вопросы экономики. – 2015. - № 4. – С. 128-130.

7. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

УДК 614.2:616-083

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ РЕАЛИЗУЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО ПРОЕКТА «СОЗДАНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ»

*Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна, Симаков Станислав
Владимирович, Ломовцев Михаил Сергеевич*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,
Комитет здравоохранения Волгоградской области,
ГБУЗ «Волгоградский областной медицинский
информационно-аналитический центр»

Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи является одной из наиболее важных составляющих безопасности и благополучия страны. Объективный взгляд на проблему не позволяет однозначно заявить, что в этом направлении все складывается благополучно. Так, наиболее репрезентативное по выборке исследование, проводимое Службой специальной связи и информации ФСО России, охватывающее ежегодно до 90 тысяч респондентов из всех регионов страны, показывает, что по состоянию на 2017 год менее половины населения страны, а именно 45,7% в целом удовлетворены качеством оказания медицинской помощи.

Недостаточный уровень удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания первичной медико-санитарной помощи определил необходимость инициации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 26 июля 2017 г. был утвержден Паспорт приоритетного проекта. С января 2018 года наряду с 33 субъектами Российской Федерации приоритетный проект стартовал в Волгоградской области.

Целью проекта является повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях до 70% к 2022 году путем создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства [1]. В приоритетном проекте поэтапно примут участие 245 структурных подразделений медицинских организаций, первичного звена здравоохранения Волгоградской области. Проект реализуется на межрегиональном уровне и рассчитан на 5 лет.

Приоритетный проект реализуется на территории Волгоградской области в два этапа – экспериментальный и тиражируемый. В экспериментальном этапе проекта приняли участие 8 медицинских организаций – по 4 детских и взрослых поликлиники Волгограда и Волжского.

Бережливое производство (Lean Production), лежащее в основе приоритетного проекта, представляет особый способ управления проектом в сфере здравоохранения на основе слаженной командной работы и высокой степени вовлеченности персонала медицинских организаций в процесс управления проектом; интенсивного и открытого обмена информацией между участниками проекта, как на внутриорганизационном, так и на межведомственном уровне; эффективном использовании ресурсов и исключении потерь; непрерывном совершенствовании процессов.

На экспериментальном этапе проекта медицинские организации осуществляли совершенствование следующих процессов: оптимизация работы регистратуры; перераспределение нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом (оптимизация работы врача); оптимизация процесса посещения поликлиники при

прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров; оптимизация процесса проведения профилактических осмотров несовершеннолетних; оптимизация работы процедурного кабинета, в т.ч. процесса забора крови; оптимизация процесса выполнения инструментальных исследований.

Сегодня, спустя 10 месяцев с начала реализации приоритетного проекта можно говорить о значительных качественных изменениях. Так по данным Регионального центра оказания первичной медико-санитарной помощи Волгоградской области (РЦ ПМСП), осуществляющего руководство и мониторинг проекта, эффективность работы регистратуры в детских и взрослых поликлиниках в среднем улучшилась в 3 раза, при этом время ожидания очереди в регистратуре сократилось с 20 до 6,5 минут. За счет организации работы колл-центров сократилось время дозвона в поликлинику.

Эффективность работы участкового врача в среднем увеличилась на 58% при этом среднее время работы участкового врача непосредственно с пациентом составило более 10 минут, что в среднем на 4 минуты больше чем до начала реализации проекта.

Эффективность процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров увеличилась в среднем в 1,75 раза, при этом длительность проведения диспансеризации или профилактического осмотра пациента сократилась в среднем до 2 дней.

Эффективность процесса лабораторной диагностики (забор крови) увеличилась на 25%, при этом длительность очереди на лабораторную диагностику на текущий момент составляет в среднем 9 минут.

Эффективность процесса выполнения инструментальных исследований повысилась в два раза.

Полученные результаты определяют возможность и необходимость тиражирования наилучших практик, наработанных в экспериментальных медицинских организациях. Эффективное тиражирование возможно только на основе создания утвержденных стандартов процессов.

Стандартизация работы (work standardization) это метод бережливого производства, в котором осуществляется точное описание каждого действия, порядка и правил осуществления деятельности, включая определение времени выполнения действий, последовательности операций и необходимого уровня запасов [2]. Стандартизация позволяет воспроизводить лучший на данный момент времени способ выполнения работы путем его формализации и создавать равные возможности получения медицинской помощи независимо от места ее получения.

Медицинскими организациями, участвующими в экспериментальном этапе приоритетного проекта в Волгоградской области, были разработаны стандарты процессов и представлены на обсуждение на совещании, проводимом РЦ ПМСП Волгоградской области. В рамках совещания были заслушаны доклады руководителей медицинских организаций и рассмотрены проекты стандартов. В настоящее время РЦ ПМСП проводится анализ представленных проектов для принятия решения об их утверждении в качестве стандарта, обязательного для применения во всех медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена Волгоградской области с учетом индивидуальных особенностей.

Стандартизация является инструментом обеспечения качества предоставления медицинской помощи и медицинских услуг, позволяет экономить время и все виды материальных ресурсов медицинской организации за счет применения уже разработанных типовых процессов, сокращать все виды потерь, что является неотъемлемой задачей внедрения принципов бережливого производства в здравоохранении. При этом важно отслеживать динамику улучшений применения первоначального стандарта и результаты его внедрения, и если усовершенствованный процесс приводит к лучшим результатам, чем стандартный, то установленные процедуры выполнения процесса должны заменяться на процедуры усовершенствованного процесса. В случае если изменения процесса не повысили

его эффективность, то медицинской организации следует использовать первоначальный стандарт [2].

Постоянное усовершенствование стандартов является приоритетным фактором стандартизации работы и позволяет достоверно оценить эффективность выполнения процессов в медицинских организациях.

Список литературы

1. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (Утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. N 8)): Правительство России (официальный сайт) URL: <http://government.ru/news/28583/> (дата обращения: 13.08.2018)

2. ГОСТ Р 56908-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Бережливое производство. Стандартизация работы. Lean production. Work standardization (Утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31 марта 2016 г. N 233-ст) / URL: consultantplus://offline/ref=46C1C939E1E341856106D9CF526D08101E4B07CDB714F9FE226598DF695BT6N

УДК 614.2:616-082

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Иванова Алина Романовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики
и менеджмента ВолгГМУ Кукина Елена Николаевна

Качество медицинских услуг напрямую влияет на уровень и продолжительность жизни населения, биологическую безопасность государства. Именно поэтому постоянное повышение качества медицинских услуг, оказываемых гражданам, является одной из приоритетных задач, поставленных перед министерством и всей сферой здравоохранения. Но прежде, чем искать пути решения данной задачи, необходимо выяснить, какие факторы влияют на качество медпомощи. К таковым относятся:

- Врачебные ошибки и некомпетентность врачей (73,7%);
- Недостаток специалистов и медикаментов, сбои в работе медицинского оборудования (23,6%).

Мы видим, что основная масса проблем кроется в низкой квалификации персонала и слабой организационной работе лечебных учреждений. Следовательно, для улучшения качества медицинской помощи нужны реформы в системе подготовки кадров, постоянное повышение квалификации и обеспечение комфортных условий труда. Кроме того, нужно учитывать и тот факт, что уровень системы здравоохранения в России очень неоднороден и сильно зависит от региона. Есть клиники, в которых количество выявленных нарушений очень мало, но таких организаций не более 15% от общего числа. В связи с этим имеет смысл создание региональных программ развития здравоохранения. [2]

Наиболее оптимальными и подходящими для России путями улучшения качества медицинской помощи являются следующие:

✓ Совершенствование уже действующих и разработка новых нормативных актов в медицинской сфере (до сих пор нет закона, в котором было бы дано подробное разъяснение термину «качество медицинской помощи», а многие уже принятые документы функционируют лишь номинально);

✓ Повышение внимания к деятельности младшего и среднего персонала лечебных учреждений: медсестры, санитары, лаборанты (условия труда на таких вакансиях и размер

заработной платы оставляют желать лучшего; из-за этого никакого серьезного отбора на эти специальности не проводится, и туда зачастую попадают люди, малопригодные для подобного вида деятельности);

✓ Повышение внимания к деятельности руководителей учреждений здравоохранения (как показывает практика, на столь важные и ответственные посты назначаются лица, не обладающие требуемыми навыками и опытом работы, потому что здесь речь идет в основном о лидерских, организационных и психологических качествах, которыми, несомненно, должны обладать специалисты, претендующие на высокие должности);

✓ Необходимость реформирования системы подготовки медицинского персонала (начиная с сентября 2017 года в медицинских вузах полностью упраздняется такой элемент профессиональной подготовки, как интернатура; каким образом вчерашний выпускник сможет интегрироваться в медицинских организациях, и как это скажется на качестве медпомощи - большой вопрос). [3]

Однако государство активно работает над решением данной проблемы. Согласно принятой стратегии развития здравоохранения в РФ на 2015-2030 года, уже проводится ряд мероприятий для улучшения качества медицинской помощи. Например, создана трехуровневая система распределения медицинских мощностей (дорогостоящего оборудования, узкопрофильных специалистов и т.д.). Предполагается, что эта мера позволит существенно увеличить эффективность оказываемых услуг, поскольку теперь врачи дефицитных специальностей будут равномерно рассредоточены по всем регионам РФ, и медицинская помощь станет доступнее. Также постепенно реализуется программа по усилению государственного контроля за денежными средствами, используемыми в рамках системы ОМС (обязательного медицинского страхования). В ближайшем будущем для этих целей в сферу обязательного медицинского страхования внедрят институт «финансово-экономических менеджеров», специалистов, получивших профессиональное образование в области экономики здравоохранения. Кроме того, ежегодно планируются и проводятся мероприятия, нацеленные на улучшение демографической ситуации в государстве: пристальное изучение проблем младенческой смертности и средней продолжительности жизни. [1]

Таким образом, на государственном уровне предпринимаются попытки улучшения качества медпомощи, отраженные в стратегии развития здравоохранения на ближайшие 15 лет. Основными путями улучшения являются реформирование подготовки будущих медработников, уделение большего внимания квалификации младшего медперсонала и руководителей медучреждений.

Список литературы

1. «Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rykovodstvo.ru/exspl/109738/index.html>

2. «Мероприятия по повышению эффективности системы оказания медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://studwood.ru/1576714/meditsina/meropriyatiya_povysheniyu_effektivnosti_sistemy_okazaniya_meditsinskoj_pomoschi

3. «Пути повышения качества оказания медицинской помощи в системе ОМС» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://insur-portal.ru/oms/povyshenie-kachestva-medpomoshchi-po-oms>

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Тинаева Риана Шамильевна; Казьмина Фатима Антоновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Кукина Елена Николаевна

Паллиативная медицина – область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний, преимущественно в терминальной стадии развития, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

Паллиативная помощь больным не ставит целью достижение длительной ремиссии заболевания и продление жизни. Для решения всех проблем пациента, как физических, так и психологических, используется целостный междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры и другие медицинские и немедицинские специалисты координируют все аспекты помощи пациенту.

Основополагающая цель паллиативной помощи заключается в оптимизации качества жизнедеятельности инкурабельных пациентов, их родни, семей при помощи предотвращения и снятия болезненной симптоматики за счет раннего обнаружения, внимательного оценивания состояния, купирования приступов боли и иных неприятных проявлений со стороны психофизиологии, а также устранения проблем духовного характера [5].

Одним из узловых направлений изучаемого ответвления медицины является оказание второстепенных мероприятий тяжелобольным пациентам в условиях их обитания и поддержка к стремлению жить.

В этой связи можно выделить такие ключевые задачи изучаемой разновидности врачебной практики как:

- купирование болей;
- психологическая поддержка;
- формирование адекватного воззрения и отношения к неминуемой смерти;
- решение проблем биомедицинской этики;
- удовлетворение потребностей духовной направленности [7].

По мнению части специалистов - медиков, критериями отбора нуждающихся в поддерживающих мероприятиях являются, пациенты, когда:

- ожидаемая длительность их существования не превышает порога 6 месяцев;
- существует несомненность факта, что всякие попытки терапевтического воздействия нецелесообразны (включая и уверенность врачей в достоверности диагноза);
- наличествуют жалобы и симптоматика дискомфорта, требующие специальных умений для осуществления ухода, а также симптоматической терапии [6].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует паллиативную помощь как активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей [4].

В Российской Федерации мероприятия по развитию ПМП были включены в качестве подпрограммы в Государственную программу развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. Целью реализации Подпрограммы является «повышение качества жизни больных с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями, преимущественно на стадии, когда возможности радикального лечения исчерпаны или ограничены» [1]. В этой связи Министерством здравоохранения Российской Федерации 14 апреля 2015 г. были также утверждены порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям №№ 187н и 193н [2;3].

На наш взгляд, к основным специфическим проблемам ПМП, требующим безотлагательного решения, относится триединство, связанное с проблемой умирания, медико-социальными и психологическими проблемами [6].

Таким образом, паллиативная помощь в России является составляющей частью здравоохранения. Формирование признаков паллиативной медицины исходило из того факта, что больные в терминальной стадии заболевания не могут получить оптимальные, соответствующие их потребностям медицинскую помощь и уход в лечебных учреждениях общей лечебной сети. На сегодняшний день паллиативная медицина должна быть кооперирована с официальной клинической медициной, так как она обеспечивает целостный и действенный подход, дополняющий специальное лечение основного заболевания [8].

Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ N 1662-р (ред. от 28.09.2018) «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")., 2008. -1с. [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/rasporjzhenie-pravitelstva-rf-ot-17112008-n-1662-r/> (дата обращения 18.10.2018).

2. Приказ Минздрава России N 187н (ред. от 07.05.2018) Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению., 2015. -3с. [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/71014388/> (дата обращения 18.10.2018)

3. Приказ N 193н об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям., 2015. -1с. [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/71022908/> (дата обращения 18.10.2018)

4. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцева Н.Е. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. - Ульяновск: УлГУ, 2004. - 3-10 с.

5. Новиков Г.А., Чиссов В.И. (под ред.). Паллиативная помощь онкологическим больным // Учебное пособие. - М.: ООД "Медицина за качество жизни", 2006. - 192 с.

6. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. 2-е изд. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 240 с.

7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал - 2006. - N 1. - С.5-12.

8. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению // Учебное пособие. - М., 2008. - С. 357-380.

УДК 334.722

АПТЕЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В РОССИИ И ГЕРМАНИИ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БИЗНЕСА

Стамбулова Зумрут Ильмановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики

и менеджмента ВолгГМУ Аракелова Ирина Владимировна

В современном мире аптечные организации распространены и имеют различные форматы работы. С появлением Интернет у потребителей появилась возможность заказывать и приобретать медикаменты, не выходя из дома. Но если мы обратимся к истории возникновения аптечных организаций, то увидим, что первые аптеки возникли в Европе в эпоху средневековья (XII-XIV). В России первая аптека возникла в Москве при Иване Грозном в 1581 году. При царе Алексее Михайловиче открылась вторая аптека, также в Москве, а далее в Вологде. В 1702 году Петр I разрешил открыть 8 новых аптек. Также в период его

царствования были организованы казенные (государственные) и вольные (частные) аптечные учреждения [1]. В Германии организация аптек берет начало с 1322 года. Первые аптеки появились в западном регионе, на современной территории федеративной земли Северный Рейн-Вестфалия, в частности, в Дортмунде, где сейчас находится самое старое здание аптеки «Адлер», что в переводе с немецкого означает " Орёл ". Аптечные организации создавались сначала для обеспечения лекарственными препаратами царских семей, позже для всех граждан, имевших возможность приобрести медикаменты. В современном же мире аптечным бизнесом занимаются для поднятия своего материального уровня, благополучия, то есть в экономических целях. Открытие и ведение именно аптечного бизнеса отличается от других форм предпринимательства.

Целью данной статьи является исследование особенности ведения аптечного бизнеса в России и Германии. Цель определила **задачи**: 1) выявление специфики современного аптечного бизнеса на территории России и Германии; 2) изучение опыта работы лидеров отрасли России и Германии.

Ведение аптечного бизнеса регламентируется рядом федеральных законов. В России:

1) Ведение аптечными организациями регламентирует Приказ Министерство здравоохранения социального развития России от 27.07.2010 №5553н «Об утверждении видов аптечных организаций»; 2) Право реализации зарегистрированных или изготовленных ЛС регламентируется статьей 55 Федерального закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; 3) Госрегулирование цен на ЛС, включенных в перечень ЖНВЛП - Постановление Правительства РФ от 08.08.2009 №654 «О совершенствовании государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства»[6]

В Германии регламентируют предпринимательскую деятельность два основных документа: Торговый кодекс (Handelsgesetzbuch, сокращенно HGB), и Гражданский кодекс Германии (Bürgergesetzbuch, сокращенно BGB). Законы были приняты в конце XIX века и действуют по сегодняшний день. [7]

Особенностями аптечного бизнеса в России являются: [4]

1) для открытия аптеки недостаточно иметь начальный капитал, так же нужно получить лицензию и оформить документы. На последнее понадобится не меньше месяца;

2) следование требованиям Минздрава;

3) как управляющий, так и владелец аптеки должны иметь фармацевтическое образование и стаж работы от 3 до 5 лет;

4) основным отличием аптечного бизнеса является то, что цены не зависят от уровня спроса, то есть регулируются государством (жизненно важные лекарственные средства (ЖВЛС)) [2];

5) один владелец не может открыть более 4 филиалов в одном регионе или городе.

Для аптечного бизнеса в Германии существуют иные особенности: [5]

1) один человек может открыть только одну аптеку. Это обусловлено тем, что открывать сеть аптек запрещено законодательством;

2) руководить работой аптеки может только её владелец, а не управляющий;

3) при достижении 65-ти лет, инвалидности и т.д. можно передать аптеку другому фармацевту;

4) если наследник аптеки не является фармацевтом, то он обязан передать её фармацевту.

В процессе модернизации аптечного бизнеса некоторые организации оказались более конкурентоспособными и смогли выдвинуть себя на первые места. Лидером, по итогам 2018 года, на фармацевтическом рынке является ассоциация «АСНА», за которой закрепилась рекордная сумма 72,8 миллиард рублей, доля на коммерческом сегменте составляет 12,0%. На втором месте франшиза «РИГЛА» объем 33,1 млрд. руб., доля - 5,5%; далее " ЭРКАФАРМ" объем 30,6 млрд. руб., доля-5,1%, затем аптечная сеть «Имплозия» объем 24,1 млрд. руб., доля – 4,0%; на пятом месте сеть аптек «36,6», объем которой 23,6 млрд.руб., доля - 3,9%. «АСНА»

- крупнейшая федеральная организация, которой принадлежат 8500 аптек. Обладает быстрой динамикой развития. Так, в конце 2005 г. в данную организацию входило 2500 аптек, с июля 2018 входит 8500 аптек. Расположены сети аптек от Калининграда до Камчатки [3]. В Германии наиболее известными фармацевтическими компаниями являются: фирма «Ursapharm», «SAM hospital products GMBH», «Bionorica SE», «Aenova GMBH». Фирма «Ursapharm» основана в Германии в 1974 году. На сегодняшний день является международной группой компаний. В данную международную сеть входят филиалы по сбыту в Австрии, Бельгии, России.

Отметим, что в России и Германии ведение аптечного бизнеса отличается. Аптеки в указанных странах создавались в разное время, с разницей в два века. В России аптечный бизнес возник позднее, чем в Германии и, соответственно, тут он развит несколько слабее. Причинами создания аптек послужило стремление повысить уровень здоровья населения, то есть сделать для них доступными лекарственные средства. Другой причиной были экономические цели предпринимателя - обеспечить себя более высоким доходом.

Список литературы

1. Студопедия [] Статья «История развития аптек», <https://studopedia.ru>
2. Синичкина А.А. «Аптечный бизнес. Ступени совершенства» М.,2014. с.296
3. АСНА, история развития. www.asna.ru
4. Кривошеев С.В., Сатлер В.В. статья «Особенности предпринимательской деятельности в аптечном бизнесе». IV международная научная конференция «Проблемы и перспективы экономики и управления» (Санкт-Петербург, декабрь 2015)
5. Онлайн-газета «Аптека.online.ua» выпуск 2011г. [], www.apteka.ua
6. КонсультантПлюс, <http://www.consultant.ru>
7. ВикиЧтение, <https://econ.wikireading.ru>

УДК 614.2

УПРАВЛЕНИЕ ЖАЛОБОЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА

Ивашева Вита Васильевна; Черёмушниковая Ирина Кабдрахимовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Б. Лаун в своей книге «Дети Гиппократы XXI века. Дела сердечные» так охарактеризовал современный этап общения врача и пациента: «Несмотря на то, что многие болезни стали излечимы, а люди стали здоровее и живут дольше, проблема негативного отношения к врачам никогда не стояла так остро, как сейчас. Большинство пациентов относятся к врачам с подозрением и даже враждебно» [1]. Причин такого положения вещей несколько. Среди них можно назвать: появление платной услуги, которая воспринимается с большей критичностью, чем медицинская помощь; высокую информированность пациентов, рост их правовой грамотности и др. Наряду с этим появилось большое количество «трудных» пациентов, распространенным явлением стали кверулянтство и «потребительский терроризм» в медицине. Такой напряженный фон общения сделал жалобу гораздо более частым явлением, чем еще 10-20 лет назад. Количество жалоб в среднем увеличивается на 5-7 % ежегодно. Врачи оказались неготовыми к быстро меняющейся ситуации, а их навыки общения оказались недостаточными, чтобы эффективно разрешить назревающий или уже существующий конфликт. Современная культурная ситуация требует развития коммуникативных и нарративных компетенций врача [2].

Жалоба – явление крайне негативное по своим последствиям как для врачей, так и для пациентов. Жалоба повышает стрессогенность, заставляет врачей перестраховываться и избегать пациентов с высокой степенью риска, что снижает качество медицинской помощи.

Однако анализ показывает, что ситуация не так уж безнадежна. Большинство исследований подтверждают, что жалобы практически не содержат обращений «по существу», то есть пациенты редко жалуются на качество медицинских услуг и собственно лечение. До 82 % - это жалобы на поведение и отношение персонала. Что чаще всего говорят пациенты? Врач не считал мои опасения важными, не придавал значения моим словам, иронизировал по поводу моих страхов; не был внимательным, не был доброжелательным, не выслушал и не дал возможности задать интересующие вопросы, отнесся ко мне предвзято или с неприязнью. Впоследствии пациенты практически всегда связывают негативные результаты лечения (которые могут появиться по вполне объективным и не зависящим от врача причинам) с плохим качеством коммуникации.

Это означает, что существует большой потенциал для улучшения ситуации через изменение поведения медицинских работников в конфликтных ситуациях. В качестве такого обнадеживающего примера можно привести опыт 2015 г. Александровской больницы г. Санкт-Петербурга [3]. Психологи и специалисты по управлению конфликтами исследовали жалобы на врачей и сделали важный вывод том, что конфликты поддаются классификации, учету, пониманию. Они выявили ряд типичных повторяющихся ситуаций, которые приводят к большинству жалоб. Среди них были: коммуникация с пациентами, необоснованно нацеленных на госпитализацию; недовольство тем, как организовано ожидание врача. Много проблем было связано с контролем интонаций: так, фраза «ваша жизнь вне опасности», произнесенная с заботой, снимала тревогу; а произнесенная с иронией или в спешке, напротив, вызывала агрессию и приводила к конфликту. Для каждой часто повторяющейся ситуации был выработан ясный алгоритм поведения. Кроме того, для сотрудников приемного отделения провели семинары-тренинги, нацеленные на выработку навыков поведения в конфликтной ситуации. В результате количество жалоб в общем объеме обращений снизилось на 15,2%, а в отдельные месяцы дошло до нуля.

Мы можем поделиться положительным опытом семинаров-тренингов, посвященных моделированию поведения врача в ситуации разрешения жалобы, которые были разработаны в 2016-2017 г. на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФУВ в Волгоградском государственном медицинском университете [4]. К разработке семинара были привлечены специалисты разных профилей (от юристов до психологов), способных посмотреть на жалобу как на комплексную проблему.

Основная идея семинара заключается в том, что любая жалоба реализует себя в трех аспектах: административно правовом, клиническом и психологическом. При этом врачи должны осознать, что разрешение жалобы в правовом поле означает чаще всего, что время, когда она могла быть предотвращена, уже упущено. Разбор жалобы в юридическом поле почти всегда чреват для врача негативными последствиями, поскольку исчерпывающего определения «врачебной ошибки» и многих других правовых понятий не существует. Кроме того, суды часто становятся на сторону пациентов, поскольку пациент всегда выглядит более уязвимым: он не обладает специальными профессиональными знаниями и вынужден полностью полагаться на врача.

Разбор жалобы на клиническом уровне тоже редко приводит к однозначному заключению. Тот же Б. Лаун говорит о том, что несмотря на существование доказательной медицины «предсказать точные результаты лечения никогда нельзя. Можно лишь говорить о статистических данных той группы, в которую входит пациент». Таким образом, врач никогда не может быть застрахован от ошибки. А ситуации, когда три специалиста или комиссии, изучив документы и обстоятельства одной и той же ситуации, дают три разных заключения совсем не редки в медицине.

В ходе расследования часто становится ясным, что жалоба на предоставление медицинской помощи на самом деле указывает на неадекватное или ненадлежащее общение. Поэтому, единственным продуктивным подходом может быть управление жалобой в психологическом поле. Очень важной является профессиональная установка, которая формирует у врача априорное представление о возможности медицинских ошибок, что

помогает избежать опасного чувства личной непогрешимости [5]. Кроме того, уже в самом начале необходимо установить доверительные отношения. Иначе впоследствии пациент не будет колебаться, когда захочет «наказать» врача. Если пациент возражает, то нужно научиться «амортизировать» и «отрабатывать» возражение, а если совершена ошибка, то лучшее, что можно сделать – это выразить сочувствие, проявить эмпатию, готовность помочь. Только совершенствование коммуникативных навыков и способность справляться с жалобой до того, как она попадает в административно-правовое поле может и должно стать профессиональной защитой врача.

Список литературы

1. Лаун Б. Дети Гипократа XXI века. Дела сердечные. - М.: ЭКСМО, 2010. - С. 24
2. Черёмушников И. К., Петрова И. А. Ассиметрия культурных кодов и нарративная компетентность в коммуникации врач – пациент//Здоровье и образование в XXI веке. – Том 19. 2017. -№ 8. – С. 223-225.
3. Как конфликтологи учат медиков не ссориться с пациентами
//URL:<http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=2209> (дата обращения 12.05.2016)
4. Сабанов В. И., Ивашева В.В., Попова Е.Г., Мульганова Т.Б., Черёмушников И. К. Правовые аспекты оказания медицинской помощи и работа с обращениями граждан, Справочное пособие - Волгоград, 2016. -164 с.
5. Черёмушников И.К. Петров А.В., Чернышева И.В. Профессионально значимые установки в коммуникации врач-пациент//Биоэтика. 2017. -№ 2. – С. 46-49.

УДК 61:379.85 (470)

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПОВЫШЕНИЯ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНОВ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Косинова Наталья Николаевна

Россия, Волгоградский медицинский университет

В последние годы, когда существенно изменилась макроэкономическая ситуация и российская экономика столкнулась с целым рядом проблем – дефицитом заемных средств, снижением инвестиций в основной капитал и на все на это накладывался растущий износ основных фондов, многим предприятиям пришлось отказаться от дорогостоящих проектов технологической модернизации.

В настоящее время в Волгоградской области экономическая ситуация демонстрирует отрицательную динамику. Индекс промышленного производства за 9 месяцев 2018 года составил 99,5% [1]. 34% предприятий Волгоградской области являются убыточными. Рентабельность обрабатывающих отраслей снижается, а издержки растут быстрее, чем прибыль.

По итогам проведения национального рейтинга состояния инвестиционного климата [2] инвестиционная привлекательность Волгоградской области за 4 года снизилась на 11 позиций:

2015 год - первый полномасштабный рейтинг, работу региональных команд по созданию комфортных условий для бизнеса оценили в 76 субъектах РФ (Волгоградская область – 63 место);

2016 год - в Национальный рейтинг вошли 81 регион России (Волгоградская область – 75 место);

2017 год - в рейтинге на общих условиях приняли участие все 85 регионов России. 51 регион по результатам рейтинга продемонстрировал общий рост интегрального показателя по сравнению с прошлым годом (Волгоградская область – 70 место);

2018 год – участие в рейтинге приняли все регионы, рост продемонстрировали 78 регионов (Волгоградская область – 74 место).

Результаты подтверждаются данными другого аналитического исследования "Рейтинг инвестиционной привлекательности регионов России" (рейтинг EXPERT-RA). Волгоградской области по итогам 2017 года присвоен рейтинг **3В1** (пониженный потенциал - умеренный риск) [3].

К сожалению, коррупция, рейдерство и силовое давление по-прежнему остаются негативным фоном предпринимательской деятельности в Волгоградской области. К этим явлениям добавляется контрольно-надзорный прессинг. Экспертный центр при Уполномоченном при Президенте РФ по защите прав предпринимателей [4] представил результаты исследования административного давления на бизнес в регионах России. Волгоградская область является лидером антирейтинга – налоговая инспекция в регионе увеличила количество проверок в 7 раз за год.

Указанные негативные факторы препятствуют росту инвестиционной активности предприятий Волгоградского региона.

Органам власти Волгоградской области необходимо приложить усилия для разработки выгодных условий для инвестиционных вложений, направленных на инновационные и технологичные отрасли.

Нельзя сказать, что в области нет государственной поддержки промышленных предприятий.

Государственная поддержка промышленных предприятий осуществляется в рамках госпрограммы, которая реализуется на территории Волгоградской области с 2014 года «Развитие промышленности Волгоградской области и повышение ее конкурентоспособности на 2014-2020 годы», утвержденной Постановлением Правительства Волгоградской области от 29.10.2013г. № 573-п [5]. В рамках реализации данной программы предусмотрены следующие основные меры поддержки:

- Модернизация, техническое перевооружение субъектов промышленной деятельности (субсидирование части затрат на приобретение оборудования в целях создания, развития или модернизации производства);

- Совершенствование внешней среды для развития субъектов промышленной деятельности, содействие внедрению инноваций (развитие региональной базы НИОКР, формирование инфраструктуры поддержки предприятий, содействие кооперации, проведение форумов);

- Содействие обеспечению субъектов промышленной деятельности квалифицированными кадрами (создание структурных подразделений образовательных учреждений на базе предприятий, создание центра прикладных квалификаций, доработка подсистемы «Электронный работодатель»);

- Содействие расширению производства и потребления композиционных материалов и изделий из них в Волгоградской области (субсидирование затрат на НИОКР по производству композитов, реестров инновационных проектов).

Но этого недостаточно.

В целях решения указанных проблем возникла острая необходимость разработки комплекса мер для повышения конкурентоспособности отечественной экономики, стимулирования импортозамещения и поддержки экспортоориентированных производств. Одним из результатов данных мер стало появление нового института развития - Фонда развития промышленности (ФРП).

ФРП создан в 2014 году по инициативе Министерства промышленности и торговли РФ. ФРП осуществляет деятельность в следующих направлениях:

1. Информирование предприятий о мерах государственной поддержки по линии Минпрома РФ;

2. Предоставление денежных займов на реализацию инвестиционных проектов.

Льготное заёмное софинансирование предоставляется на проекты, направленные на импортозамещение и производство конкурентоспособной продукции гражданского назначения. Чем хороша модель ФРП — возврат основного долга начинается с четвертого года

реализации проекта. Создание производства — вещь не только дорогая, но и емкая по времени. И пока линию не запустили, и она не начала генерировать выручку, компания несет только расходы. Поэтому в ФРП первые три года заемщик платит не основной долг, а только проценты. Это существенная льгота по сравнению с кредитом в банке.

Все действующие программы ФРП представляют собой проектное финансирование, то есть при рассмотрении вопроса о предоставлении займа, ориентация идет на проект, а не на текущую деятельность, и источником обслуживания долговых обязательств являются денежные потоки, генерируемые проектом. Комплексная экспертиза проекта включает четыре экспертизы: финансово-экономическую, производственно-техническую, научно-техническую, правовую. Три из четырех экспертиз проводятся на основании документов по проекту.

Отраслевые приоритеты включают все обрабатывающие производства, за исключением производства пищевых продуктов, производства напитков, производства табачных изделий, полиграфической деятельности и производства кокса и нефтепродуктов. Около 80% всех займов приходится на 5 отраслей: машиностроение, медбиофарма, металлургия и металлообработка, химия и электроника – 189 проектов.

Сегодня работает 6 программ финансирования, направленных на реализацию различных типов проектов: «Проекты развития», «Лизинг», «Станкостроение», «Конверсия», «Комплектуемые изделия», «Маркировка лекарств». Также анонсированы еще две программы: «Внедрение цифровых технологий» и «Повышение производительности труда» [6].

Итогом работы ФРП на текущий момент является 46 открытых производств по всей стране.

По состоянию на начало 2018 года реализуется 233 проекта по всей России на общую сумму 219,9 млрд. рублей.

Основная масса проектов реализуется в центральной части России, на Урале и прилегающих к нему регионах, в южной части России (Ростовская и Волгоградская области).

Регионы-лидеры – Московская область, Москва, Ленинградская область, Свердловская область и Пермский край. Волгоградская область занимает пока 18 место с 5 проектами, в том числе 3 проекта профинансировано ФРП в 2016 году: Волгоградский алюминиевый завод АО «СУАЛ» (300 млн. рублей), ЗАО НПО «Ахтуба» (76 млн. рублей), ОАО «Волгоградский керамический завод» (100 млн. рублей).

Чтобы доступ к финансовым ресурсам ФРП получили проекты малых и средних предприятий, ФРП запустил механизм масштабирования своей модели в регионах, помогая субъектам Федерации создавать региональные фонды для совместного финансирования перспективных проектов. Для региона снижен минимальный порог по сумме займов от 20 до 100 млн. руб.

Результатом такой политики явилось следующее:

В 2015 году – 0 региональных фондов;

В 2016 году – 16 региональных фондов;

В 2017 году – 42 региональных фонда;

В 2018 году - 50 региональных фондов.

В настоящий момент в работе находится 135 совместных с регионами проектов, в том числе 12 уже профинансировано, 6 одобрено экспертным советом ФРП. Среди лидеров 4 региона: Пермский край, Республика Татарстан, Волгоградская и Челябинская области (по 2 выданных займа и 1 одобренному экспертным советом проекту); еще 6 регионов выдали по 1 займу и в 2-х регионах получено одобрение экспертного совета ФРП по финансированию проектов.

ФРП – это рабочий механизм, который имеет реальные инструменты для решения тех задач, которые на него возложены, имеет необходимые финансовые ресурсы для их решения. С другой стороны, это достаточно гибкая система, которая оперативно реагирует на потребности производителей.

Полномочиями регионального фонда развития промышленности Волгоградской области в соответствии с постановлением Администрации Волгоградской области №136-п от 20 марта 2017 года «О фонде развития промышленности Волгоградской области» наделен Фонд «Перспективное развитие Волгоградской области».

11 июля 2017 года между волгоградским фондом и ФРП подписано соглашение о взаимодействии в процессе совместного финансирования проектов, 09 августа 2017 года с комитетом промышленности и торговли Волгоградской области подписано соглашение о выделении субсидии.

В Волгоградской области реализуется 3 проекта – все они реализуются на территории г. Волжского:

–ЗАО «Газпром Химволокно» с проектом импортозамещающего производства полиэфирных кордных тканей (проект профинансирован, сумма займа 100 млн. рублей);

–ООО «НПП «КФ» с проектом создания технологической линии производства 2,5-димеркапто- 1,3,4- тиазола (ДМТД) (проект профинансирован, сумма займа 20 млн. рублей);

–ООО «Константа-2» с проектом импортозамещающего производства трубопроводной запорной арматуры и комплектующих к ней из полимерных композиционных материалов (проект одобрен ФРП, сумма к выдаче 20 млн. рублей).

Что касается инструментов финансирования – продуктовая линейка достаточно активно расширяется, постоянно обновляются или улучшаются условия по действующим программам. В частности, в 2018 году ФРП ввел специальную ставку 1% годовых по флагманской программе «Проекты развития». Льготная ставка теперь действует для проектов, где сумма продаж от экспорта продукции, начиная со второго года от запуска серийного производства, составит не менее 50% от суммы займа.

Также по программе «Проекты развития» была снижена ставка со стандартных 5% до 3% в случае закупки заемщиком отечественного оборудования на 50% и более от суммы займа.

Займы должны быть обеспечены и покрывать сумму основного долга и проценты за весь период действия займа. В качестве основного обеспечения принимаются залог движимого и недвижимого имущества, гарантии, поручительства РФ, юридических лиц, в том числе аффилированных лиц, соответствующих требованиям финансового состояния.

Для получения займа заемщиком открывается обособленный расчетный счет в одном из аккредитованных ФРП банков, с которым у ФРП заключено соглашение об акцепте платежей. На текущий момент это 3 банка (Сбербанк, Газпромбанк, ВТБ).

Займы предоставляются единовременно, однако для минимизации неоправданных затрат по выплате процентов на часть средств, которые ему в соответствии с календарным планом не нужны в текущий момент, заемщику дается возможность заключать договоры на неснижаемый остаток с обслуживающим банком по ставке не более 5% годовых.

У ФПР Волгоградской области нет цели зарабатывать на займах предприятий, основная цель - реализовать на территории Волгоградской области максимальное количество проектов. Процентные доходы, которые получает фонд, можно использовать исключительно на выдачу новых займов.

Задачи волгоградского фонда достаточно амбициозные. Проектом закона об областном бюджете на 2018-2020 годы предусмотрено выделение субсидии на реализацию программ совместного финансирования проектов с фондом развития промышленности в размере 100 000 000 рублей в год. Таким образом, с учетом средств федерального фонда объем инвестиций в форме займов составит 1 млрд. рублей.

Хотя Волгоградская область входит в число регионов - лидеров, выдавших большее количество займов, тем не менее, предприятия региона не в полной мере воспользовались данной мерой поддержки. Анализ сложившейся ситуации позволяет выделить три главные причины:

- отсутствие доверия к государству со стороны предприятий, административные риски по условиям выдачи займов в связи с изменением финансово-экономической ситуации;

- низкая кредитоспособность работающих предприятий, которая не позволяет воспользоваться условиями предоставления займов;
- для новых производств отсутствие в регионе площадок с подготовленной промышленной инфраструктурой (индустриальных парков), которые позволили бы бизнесу сократить капитальные расходы на 20-40% при реализации инвестиционных проектов.

Список литературы

1. Сравнительные данные субъектов РФ, расположенных на территории Южного федерального округа в январе-сентябре 2018 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://volgastat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/volgastat/ru/1f2af8004770b1429067f26923df9336
2. Национальный рейтинг состояния инвестиционного климата в субъектах РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://asi.ru/investclimate/rating/>
3. Рейтинг инвестиционной привлекательности регионов России (Expert-RA). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://raexpert.ru/ratings/regions>
4. Бизнес-омбудсмен РФ обеспокоен валом налоговых проверок в Волгоградской области. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://v102.ru/news/59951.html>
5. Постановлением Правительства Волгоградской области от 29.10.2013г. № 573-п «О государственной программе Волгоградской области "Развитие промышленности Волгоградской области и повышение ее конкурентоспособности» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/460218749>
6. Фонд развития промышленности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://frprf.ru/zaymy/regiony/>

УДК 339.138

АНАЛИЗ УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Осыко Анна Николаевна

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

Первым из основных принципов управления качеством является ориентирование на потребителя, поэтому совершенно естественно, что важнейшим интегральным субъективным показателем качества стоматологической помощи является удовлетворенность пациентов этим видом медицинского обслуживания [1,3]. Под удовлетворенностью потребителей понимается их восприятие степени выполнения их требований и ожиданий. В связи с этим оценка удовлетворенности пациентов должна обязательно включать в себя социально-психологический анализ восприятия ими характеристик оказываемой медицинской помощи, включая сервисное обслуживание и особенности психологического взаимодействия медицинского персонала и пациентов [2,3].

Постоянный мониторинг удовлетворенности потребителей является важным фактором в формировании стратегии управления стоматологической помощью [1]. Отслеживание уровня удовлетворенности позволяет изучить требования и предложения потребителей, устранить негативные аспекты, возникающие при организации оказания медицинской помощи и определить основные направления совершенствования деятельности учреждения [4,5].

Цель исследования: изучить удовлетворенность пациентов и их законных представителей организацией стоматологической помощи (на примере детской стоматологической поликлиники).

Материал и методы. Исследование было проведено в ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2», имеющем в своем составе 4 структурных подразделения и предоставляющем стоматологические услуги детскому и взрослому населению. Был проведен социологический опрос в виде анкетирования посетителей всех

структурных подразделений учреждения. Всего было опрошено 203 респондента из числа пациентов поликлиники старше 15 лет, а также законных представителей пациентов младше 15 лет.

Анкета включала вопросы для сбора информации по следующим разделам: время ожидания приема врача в очереди, оценка отношения медицинского персонала, оценка работы регистратуры, выявление недостатков в работе учреждения, удовлетворенность от посещения поликлиники в целом и вынесение предложений по улучшению организации работы учреждения.

Результаты исследования. Важным моментом при оценке качества оказания помощи является время ожидания приема врача. Большинству посетителей (85%) пришлось ожидать в очереди до 5 минут, десятой части пациентов (11%) - от 6 до 15 минут, 2% опрошенных ожидали в очереди от 16 до 30 минут, 2% респондентов ожидали приема врача от 30 минут до 1 часа.

4% опрошенных пациентов и законных представителей были недовольны работой регистратуры. Среди причин недовольства – наличие очереди в регистратуре, длительное обслуживание медицинским регистратором, 1 посетитель остался не удовлетворен отношением медицинского регистратора.

Отношением врача и среднего медицинского персонала по данным анкетирования недовольны лишь 2 респондента (1%). Причиной недовольства они указали «неорганизованность врачей» и невнимательность медицинского персонала.

Процесс пребывания в поликлинике по 5-балльной шкале был оценен потребителями следующим образом: на 5 баллов оценили пребывание 94% опрошенных, на 4 балла – 4% посетителей, на 3 балла – 2% потребителей, на 2 и 1 балл – не оценил ни один респондент.

На недостатки в работе учреждения указали 16% опрошенных. Среди недостатков были выделены следующие: сложности в записи на прием к врачу (5%), ожидание приема врача (4%), высокие цены на стоматологические услуги (1%), недостаточное количество врачей (1%), некомфортные (твердые) места для ожидания - скамейки (1,5%), нуждаемость в ремонте лечебно-профилактического отделения №2 (3%), недостаточное количество мусорных урн (0,5%).

Предложения по улучшению комфорта пребывания в учреждении внесли 30,5% потребителей. Ответы посетителей распределились следующим образом: разнообразить игровую зону для детей цветными карандашами с раскрасками, игрушками, сухим бассейном и пр. (15%), в лечебных кабинетах разместить телевизоры с возможностью просмотра мультфильмов во время лечения (6%), оснастить холл лечебно-профилактического отделения №3 пеленальным столиком (1%), увеличить площадь учреждения (1%), произвести ремонт в лечебно-профилактическом отделении №2 (6%), украсить вход в поликлинику в лечебно-профилактическом отделении №3 (0,5%), использовать более плотные бахилы (1%).

Можно сделать вывод о том, что уровень удовлетворенности посетителей ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2» процессом пребывания и организацией стоматологической помощи достаточно высок. Ключевые факторы, влияющие на уровень удовлетворенности от посещения поликлиники в целом, связаны с доступностью записи на прием к врачу, а также временем ожидания приема. Основные недостатки в работе учреждения, а также предложения по улучшению обслуживания по мнению опрошенных граждан связаны с совершенствованием сервисного обслуживания и комфортного пребывания пациентов в поликлинике. Вопросы, связанные с работой регистратуры, записью на прием и ожиданием приема врача, тревожащие некоторых пациентов, в настоящее время решаются администрацией поликлиники с применением принципов бережливого производства.

Хотя оценки респондентов носят субъективный характер, безусловно, что сокращение очередей, доступность ближайшей записи к врачам-стоматологам, безукоризненное санитарное состояние и продуманный интерьер помещений, высокий уровень культуры общения пациентов и медицинского персонала благоприятно влияют на общую оценку стоматологической помощи.

Таким образом, внедрение управления качеством в стоматологической практике требует сдвига парадигмы: особое внимание к техническим аспектам необходимо интегрировать с организационными аспектами предоставления услуг, обеспечивая формирование среды, направленной на удовлетворение потребностей пациентов.

Список литературы

1. Антонов А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворенности стоматологической помощью в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — Москва — 2008. — 24 с.
2. Бугова В.Г., Смирнова Л.Е., Зуев М.В., Баштавой А.А., Пешков В.А. Удовлетворенность населения качеством оказания стоматологической помощи // Клиническая стоматология. — 2017. — № 2 (82). — С. 70-73.
3. Карпова О.В., Татарников М.А. Удовлетворенность населения качеством стоматологической помощи // Социология медицины. — 2014. — №1(24). — С. 38-41.
4. Краснова А.В. Проблемы удовлетворенности населения стоматологической помощью // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2013. — Т.3. — №3. — С. 688.
5. Харитоновна М.П., Русакова И.В., Винокурова Е.А. Изучение удовлетворенности населения стоматологической помощью: правовые и социальные аспекты // Евразийский союз ученых. — 2014. — №8. — С. 89-91.

УДК 614.2

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Каныгина Олеся Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. Кукина Елена Николаевна

Эффективность деятельности организации зависит от качества реализуемой деятельности. Это обосновывает важность изучения каждым сотрудником аппарата управления и руководителями теоретических знаний и навыков управления качеством.

Научно-технический прогресс затронул и сферу здравоохранения, являющейся специфической отраслью народного хозяйства и входящее в новые экономические отношения через формирование, развитие рынка услуг здравоохранения. Эффективное, грамотное управление медицинской организацией невозможно без обеспечения качества выполняемых медицинских услуг. Требования к качеству медицинских услуг должны быть одинаково высокими независимо от вида потребителя и источника финансирования.

Качественной медицинской услугой считается та, которая соответствует достижениям современной науки и передовой практики, положительно влияет на здоровье пациента и удовлетворяет его потребности. Иными словами, качество эквивалентно соответствию условий проведения услуги отраслевым стандартам, что определяется сертификатом соответствия.

Объектом исследования является реализуемая политика управления качеством в учреждении здравоохранения НУЗ «ОКБ на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД» Поликлиника №1». Данное учреждение специализируется на оказании квалифицированной высокотехнологичной амбулаторно-поликлинической и консультативно-диагностической помощи по различным профилям.

На систему медицинского обеспечения железной дороги сегодня возложена сложная и ответственная задача - оказание качественной медицинской помощи прикрепленному контингенту (сотрудники ОАО «РЖД», члены их семей и пенсионеры отрасли), городскому населению, а также обеспечение безопасности движения поездов.

Перед системой здравоохранения ОАО «РЖД» сегодня стоит задача интеграции в государственную систему здравоохранения. В 2017 году все железнодорожные больницы и

поликлиники стали работать под единым брендом «РЖД–Медицина», но впереди следующий, более важный шаг - построение унифицированной системы менеджмента качества медицинской помощи.

После объединения в одну структуру организационные процессы всех подразделений компании управляются централизованно - через Центральную дирекцию здравоохранения ОАО «РЖД».

Согласно долгосрочной национальной стратегии развития здравоохранения, до 2020 г. 95% лечебно-профилактических организаций должны внедрить у себя систему контроля качества медицинской помощи. И «РЖД–Медицина» может стать первопроходцем в этом направлении: на первом этапе разработать собственный стандарт управления качеством, а затем поделиться положительным опытом с другими лечебными организациями. [1]

Итогом стандартизации должно стать обеспечение населения нашей страны квалифицированными и безопасными медицинскими услугами вне зависимости от территории проживания и уровня учреждения. Кроме того, внедрение единых сетевых подходов к оказанию медицинской помощи в рамках всей сети «РЖД–Медицина» позволит создать пул учреждений более чем в 70 регионах нашей страны, которые могли бы стать надежными партнерами для местного бизнеса в рамках реализации программ производственной медицины. Во всех подразделениях медицинской организации действует система администраторов, задача которых — повышение сервисности обслуживания пациентов (разъяснительная работа, представление врача, информации о лечебном учреждении в целом).

Деятельность учреждения строится на использовании принципов доказательной медицины, высоких технологий и современных подходов к лечению широкого круга заболеваний

Своей целью поликлиника выделяет повышение качества, эффективности и доступности медицинских услуг, предупреждение болезней и других состояний, угрожающих благополучию человека.

Многообразие общей структуры заболеваемости и травматизма работников ЖДТ с учетом ведомственной специфики в структуре НУЗ «ОКБ на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД» Поликлиника №1» требует высококвалифицированного и комплексного выполнения лечебно-диагностических мероприятий, ориентированных на повышение качества медицинской помощи, снижение заболеваемости и временной утраты трудоспособности.

В 2016 г. получен сертификат на соответствие системы менеджмента качества НУЗ «ОКБ на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД» требованиям стандарта ISO-9001, внедрено бережливое производство по японской технологии фирмы «Тойота» - (TPS) в работу многих подразделений учреждения, приобретен новый японский компьютерный томограф GE Optima 660 на 128 срезов. [2]

Поликлиникой успешно внедряются технологии бережливого производства, позволяющие повысить доступность и качество медицинской помощи за счет оптимизации процессов и устранения потерь, создать атмосферу комфорта для пациентов. «Все, чем мы занимаемся, – это следим за временем между размещением заказа потребителем и получением денег за выполненную работу. Мы сокращаем этот промежуток времени, устраняя потери, которые не добавляют ценности» - так сформулировал концепцию основатель Toyota Production System (TPS). [3]

В последнее время активно применяется автоматизация медицинских осмотров путем внедрения унифицированной стандартизированной аппаратуры, позволяющей максимально объективно оценить функциональное состояние человека. Автоматически измеряются и регистрируются величины артериального давления, частоты пульса, скорости некоторых реакций. Информация о результатах обследований хранится в базе данных, что позволяет осуществлять сложные методы математической обработки, повышающие информативность результатов обследования. Специальные программы позволяют производить групповой

анализ, совершенствовать диспансеризацию, оценивать эффективность лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. [3]

Метод компьютерной томографии приобретает все большую популярность в современной медицине, так как обладает намного большей диагностической точностью, чем рентгенография. Появилась возможность изучения практически любых областей тела, включая мягкие ткани, не поддающиеся обычной рентгенографии. Высокая информативность этого метода и хорошее качество снимков компьютерной томографии позволяют врачам с точностью до 100% определить наличие хирургической или терапевтической патологии, спрогнозировать дальнейшее течение заболевания и разработать наиболее эффективную тактику лечения, тем самым повышается качество оказания медицинской помощи.

Важным критерием для успешной деятельности любой медицинской организации будет являться эффективная политика в области качества, что позволит повысить эффективность управленческой деятельности и создать единую систему, работающую как слаженный механизм, своевременно анализировать процессы работы организации и повысить качество обслуживания пациентов и работы учреждения в целом.

Список литературы

1. Общая информация «РЖД-Медицина»: Официальный портал ОАО «РЖД» – «РЖД-Медицина» [Электронный ресурс] URL: <https://rzd-medicine.ru/common-info> (дата обращения 18.09.2018)
2. Атьков О.Ю. Железнодорожное здравоохранение: вчера, сегодня, завтра. [Текст]. Здравоохранение в Российской Федерации. Федеральный справочник. - М.:Родина - Про, 2005. -171-173 с
3. Джеффри Ю. Лайкер. Дао Toyota: 14 принципов менеджмента ведущей компании мира. [Текст]. Д.Лайкер. – М.: Издательство «Альпина Паблишер», 2012. -399 с

УДК 658.5.012.14

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ «БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА» В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ефимова Юлия Дмитриевна, Циколенко Яна Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

В октябре 2016 года Правительством Российской Федерации принято решение о начале широкомасштабного применения философии, принципов и инструментов бережливого производства в здравоохранении.

С 26 июля 2017 года по 1 апреля 2023 года Министерство здравоохранения Российской Федерации реализует приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» («Бережливая поликлиника»).

Проект направлен на решение основных проблем системы здравоохранения - потерь временных и денежных ресурсов, доступности и качества медицинской помощи. В связи с этим повышение эффективности здравоохранения и качества предоставляемой медицинской помощи становится одной из приоритетных задач Правительства Российской Федерации. Актуальным является внедрение всех принципов бережливого производства в сферу здравоохранения [1].

Принципы бережливого производства:

1. Определение ценности продукции;
2. Определение потока создания ценности продукции;
3. Обеспечение непрерывное течение потока создания ценности продукции;
4. Обеспечение вытягивания продукции;
5. Постоянное совершенствование деятельности;

Сейчас в некоторых поликлиниках получены первые результаты, подтверждающие эффективность применения принципа «Определение ценности продукции»: сокращается время ожидания в регистратуре, работают call-центры, размещены стенды с расписанием работы врачей и навигацией в поликлинике, сокращается время ожидания в очереди к врачу, в процедурный кабинет, сокращен срок прохождения диспансеризации, организуются комфортные зоны ожидания.

Для оптимизации работы медицинских учреждений и выявления потерь, медицинские работники стараются детально описать все действия от момента записи пациента на прием, до получения результатов обследования или лечения. За счет этого определяются потенциальные возможности для улучшения процессов и осуществляется принцип «Определение потока создания ценности продукции»

Принцип «Обеспечение непрерывное течение потока создания ценности продукции» реализуется с помощью следующих инструментов бережливого производства в здравоохранении:

- картирование – позволяет выявлять потери, найти слабые места и проблемы;
- 5С – пять шагов, направленных на повышение культуры производства и эффективности процессов - поддержания порядка, чистоты, аккуратности, экономии времени и энергии;
- канбан – система организации доставки материалов или продукции «точно в срок» - точно вовремя, в точной последовательности и необходимом объеме;
- визуализация – наглядный инструмент для вовлечения и информирования персонала или пациентов (инфостенды, схемы, графические пособия) [2].

Принцип «Обеспечение вытягивания продукции» учитывает ценности пациента - улучшение его состояния здоровья, повышение качества жизни, возможность полной социальной реабилитации. Для осуществления данного принципа в медицинских учреждениях постепенно пытаются увеличить время работы врача с пациентом и повысить качество медицинских услуг.

Основа бережливого производства — уверенность в том, что абсолютно все можно и нужно улучшить, это неуклонное стремление к устранению всех видов потерь (избыточные запасы, лишняя транспортировка, движения, дефекты, простои, ненужная обработка, перепроизводство), реализует принцип «Постоянное совершенствование деятельности». В результате сокращения каждого вида потерь через инструменты бережливого производства можно добиться сокращения длительности оказания услуги, снижения себестоимости, повышения качества услуги, сокращения запасов, улучшения условий деятельности персонала.

Применяя принципы бережливого производства, создается эффективная система управления качеством в медицинских организациях. Удастся повысить удовлетворенность пациентов и доступность оказываемых услуг, увеличить эффективности и устранить существующие временные и иные потери, совершенствовать организацию рабочих мест, обеспечивающей безопасность и комфортность работы сотрудников. Применение технологий бережливого производства в рамках приоритетного проекта показывает значительные преимущества в работе медицинских учреждений по сравнению с традиционными подходами в организации оказания медицинских услуг поликлиниками.

Список литературы

1. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika> (дата обращения: 22.10.2018)
2. Федеральный проект «Бережливая поликлиника» применение методов бережливого производства в медицинских организациях// Методические рекомендации. Москва - 2017. - с. 43.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Вавилова Олеся Владимировна

Россия, Воронежский государственный университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор *Трещевский Юрий Игоревич*

Успехи медицинской науки и практики закономерно привели к накоплению в популяции хронических больных пожилого и старческого возраста, вынужденных прожить остаток жизни с заболеваниями, от которых невозможно полностью излечиться. Именно в этот возрастной период человека должна сопровождать качественно оказанная гериатрическая медицинская помощь. По прогнозам, доля лиц пожилого возраста к 2050 году будет составлять в глобальной структуре населения 21%, в России число людей в возрасте 65 лет и старше к началу 2021 года должно составить 22,9 млн чел. [1].

Потребность в медицинской помощи у пожилых людей увеличивается в 2-4 раза по сравнению с гражданами младшего и среднего возраста, потребность в госпитализации – в 1,5-3 раза. Среди всего взрослого населения, которое на протяжении года требует медицинской помощи на дому, и обращается за ней, удельный вес пожилых людей составляет от 85,3% в сельских поселениях до 53,2% - в городах. С возрастом увеличивается удельный вес лиц, которые пользуются медицинской помощью исключительно на дому: от 19,3% среди населения 60-80 лет до 89,6% — 80 лет [2].

Воронежская область остается одним из наиболее крупных регионов Центрального федерального округа по численности населения. По состоянию на 01.01.2018 численность жителей составляет 2333768 чел. При этом на долю людей старше трудоспособного возраста приходится более 28 %, что осложняет демографическую ситуацию и увеличивает нагрузку на все звенья системы здравоохранения в регионе. Анализ структуры населения также показал существенную диспропорцию полового состава в отдельные возрастные периоды, которая становится отчетливо выраженной после 75 лет в связи с высокой смертностью мужчин (рис. 1).

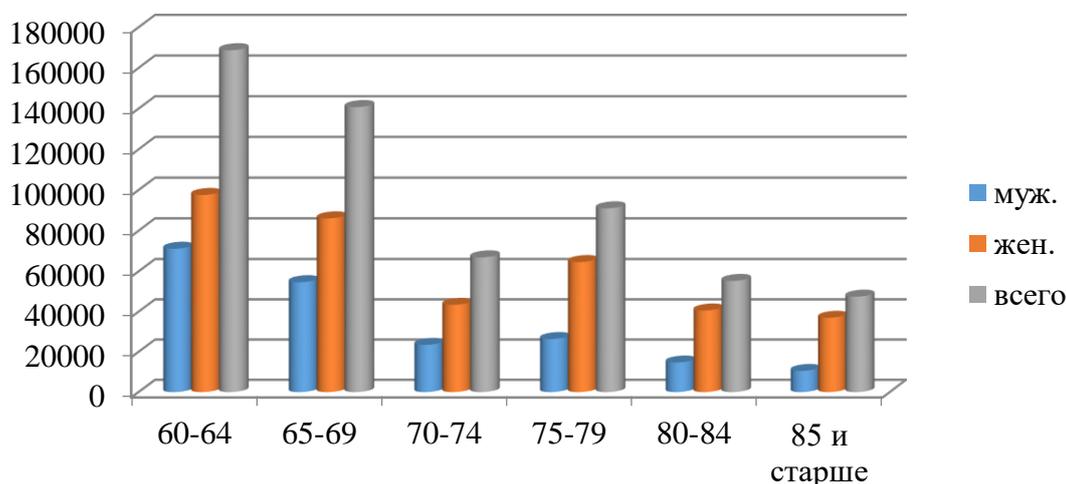


Рисунок 1 – Половозрастная структура населения Воронежской области старшего возраста (человек)

Прогрессирующее старение населения, рост заболеваемости пожилых, особенности патологии лиц старших возрастных групп и необходимость совершенствования организации их социальной и психологической поддержки создали предпосылки для организации на территории региона полноценной гериатрической службы (далее – ГС) [3].

Основой организации ГС в области стала трехуровневая модель: оказание помощи на первом уровне предполагало создание не только гериатрических кабинетов в городских и

межрайонных поликлиниках, но и вовлечение в процесс врачей общей практики, терапевтов, герантопсихиатров, средних медицинских работников в поликлиниках, а также развитие сестринской патронажной службы. Основная цель первого уровня – проведение комплексной гериатрической оценки состояния пациентов с признаками старческой астении («хрупкости») с последующим составлением «особого» плана лечения и сопровождения пожилого человека участковой службой в течение 6 месяцев [4]. Второй уровень предполагает стационарный этап оказания гериатрической помощи в многопрофильных больницах. В связи с этим часть коечного фонда области терапевтического профиля была перепрофилирована в гериатрическую. И, наконец, третий уровень предполагает маршрутизацию пациентов в медицинские организации областного уровня для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (табл. 1).

В настоящее время специализированную помощь пожилые могут получить как амбулаторно на базе шести поликлиник города Воронежа и иных муниципальных образований области, так и в стационарной форме на 60 гериатрических койках в двух многопрофильных больницах.

К 2021-2024 гг. в регионе планируется организовать работу 28 гериатрических кабинетов, обучить 25 гериатров и 45 медицинских сестер, а также увеличить количество гериатрических коек до 130 для выполнения основного индикаторного показателя Минздрава РФ – 3500 пролеченных «хрупких» пожилых людей в стационарных условиях ежегодно. Плановая динамика гериатрических коек в Воронежской области и кабинетов врача-гериатра представлена, соответственно, на рисунках 2 и 3.

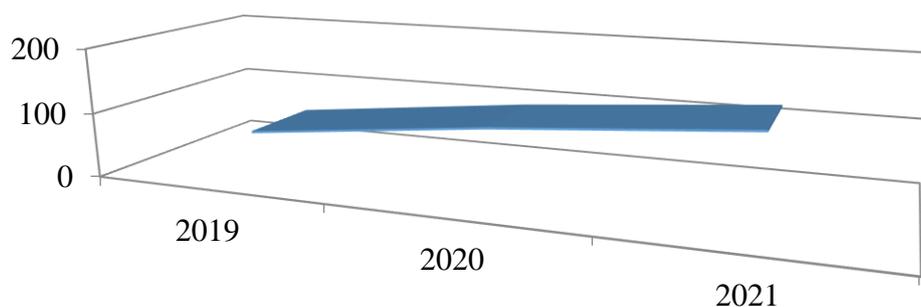


Рисунок 2 – Плановая динамика гериатрических коек в медицинских организациях Воронежской области

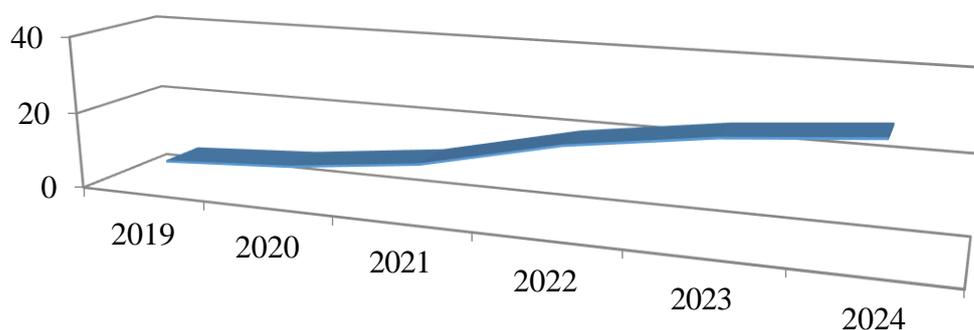


Рисунок 3 – Плановая динамика гериатрических кабинетов в медицинских организациях Воронежской области

Перспективы развития гериатрической службы на территории Воронежской области связаны с расширением сети амбулаторных и стационарных подразделений медицинских организаций Воронежской области по профилю «гериатрия» для охвата всех «хрупких» пациентов специализированной помощью.

Список литературы

1. In Russia the share of the population older than working age exceeded 23% – the Ministry of Labour. Режим доступа: <http://www.finmarket.ru/news/3496901> (дата обращения 20.01.2018).
2. Шабалин В.Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации // Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22. – № 1. – С. 186-195.
3. Ткачева О.Н. Перспективы развития гериатрической службы в Российской Федерации // Справочник поликлинического врача. – 2017. – № 5. – С. 9-11.
4. Старческая астения: что необходимо знать о ней врачу первичного звена? / Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В. РМЖ. – 2017. – Т. 25. – № 25. – С. 1820-1822.

УДК 65.012.7

КЛАСТЕРНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Демкина Анна Алексеевна

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

В настоящее время система здравоохранения России испытывает ряд проблем структурно-управленческого характера, которые требуют изменения подхода к управлению и организации медицинской помощи. Для этого активно разрабатываются механизмы, обеспечивающие создание, внедрение и распространение региональных инновационных технологий.

Кластерный подход на сегодняшний день становится все более популярным в функционировании экономики, стимулировании инновационного развития страны. Формирование и развитие кластеров позволяет повышать конкурентоспособность и эффективность различных регионов внутри страны [2].

Целью кластерного подхода в здравоохранении является повышение инновационной привлекательности региона, модернизация производства, развитие предпринимательской инфраструктуры, повышение уровня жизни населения, создание новых рабочих мест, а также разработка новых инновационных продуктов и технологий.

Кластерный анализ является одним из математических и статистических методов исследования, заключающийся в том, что определенный набор объектов разбивают на группы, которые называются кластерами. В каждом кластере объекты схожи, а между различными кластерами существуют явные отличия. Указанный анализ позволяет выявить схожие объекты в исследуемой выборке. Данную методику можно применять в программе Excel. С его помощью кластеры и другие объекты массива данных классифицируются по группам.

Кластер представляет собой группу взаимосвязанных компаний, расположенных в географической близости друг к другу, действующих в определенной сфере и характеризующихся общностью деятельности и взаимодополнением друг друга. [3].

Формирование регионального медицинского кластера является одним из инновационных направлений интеграции в здравоохранении, которое может позволить выйти на межрегиональный рынок и привлечь поток пациентов из соседних регионов за счет диагностического и лечебного оборудования мирового уровня, существующего кадрового и научного потенциала.

Здравоохранение является частью социальной политики государства Российской Федерации. Развитие медицины, повышение ее инновационной составляющей возможно в условиях совместного государственно-частного партнерства, направленного на возрождение и развитие фармацевтического, медицинского и биотехнологического производства, что позволит улучшить ситуацию с лекарственным обеспечением населения России

отечественными инновационными препаратами. Кластерная форма организации в данном случае позволяет объединить и построить тесную связь между отдельными сферами как власть, наука, образование, бизнес и другие. Такая организация участников способствует укреплению взаимосвязей между отдельными экономическими субъектами, входящими в кластер, позволяет упростить доступ участников к новым технологиям, распределить возможные риски, возникающие в различных формах экономической деятельности, а также повысить шансы на расширение своей деятельности: выход на внешний рынок, совместное использование знаний и разработок, а также ускорение процессов обучения специалистов за счет их высокой концентрации. Таким образом, кластеризация позволяет повышать конкурентоспособность территорий и оказывает значительное влияние на социально-экономические показатели региона и способствует повышению инвестиционной привлекательности, росту занятости, повышению уровня заработной платы в регионе, повышению устойчивости и конкурентоспособности региональных предприятий [1].

Таким образом, применение кластерной политики в здравоохранении позволит медицинским учреждениям повысить качество обслуживания, а также его эффективность, за счет общего использования факторов производства, информации, технологий, необходимых институтов и координации действий с другими организациями. Именно в кластере возможно эффективно объединить потенциал научных организаций, образовательных учреждений и производителей медицинского оборудования и фармацевтических препаратов, учреждений практического здравоохранения, государственных структур.

Кроме того, применение кластерного подхода позволит стимулировать инвестиционные процессы в сфере здравоохранения, позволит обеспечить на высоком уровне оказание медицинской помощи населению, что даст возможность добиться в перспективе достойного качества жизни населения, улучшения демографической ситуации в регионе, увеличения продолжительности жизни, комплексной реабилитации и учета интересов людей с ограниченными возможностями.

Список литературы

1. Банин А.С. О формировании кластеров в системе здравоохранения региона // Управление общественными и экономическими системами. - 2007. - №1.
2. Захарова Е.Н., Ковалева И.П. Формирование медицинского кластера как направление интеграционного взаимодействия субъектов региональной медицинской сферы // Экономика. - 2013. - № 4. - С. 216-222.
3. Интернет ресурс - <https://biznes-prost.ru>.

УДК 614.251.2

ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ ВКЛЮЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В РУКОВОДЯЩИЕ ОРГАНЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Чеканин Игорь Михайлович, Калинин Елена Ивановна,
Лаптева Елена Анатольевна*

Россия, Медицинский колледж Волгоградского государственного медицинского университета

Современная доктрина Всемирной Организации Здравоохранения основана на том, что каждой стране нужны медсестры и акушерки в признанных руководящих ролях на национальном уровне. Такие руководящие должности существуют или должны создаваться в регулирующих органах, медицинских учреждениях, образовательных и исследовательских учреждениях, национальных профессиональных ассоциациях, профсоюзах, неправительственных организациях и, не в меньшей степени, в правительстве. Европейскому региональному бюро ВОЗ часто предлагается дать указания относительно роли и функций медсестер и / или акушерок, работающих в правительстве, как правило, в министерствах

здравоохранения или их эквиваленте. Страны, у которых уже есть такие должности, заинтересованы в том, чтобы сделать их более эффективными.

Политика ВОЗ четко выступает за укрепление руководства сестринскими и акушерскими службами в правительстве на национальном уровне, но на сегодняшний день Организация не разработала конкретные руководящие принципы, помогающие странам применять эту политику на практике. Такие специалисты должны иметь возможность влиять на принятие решений по установлению приоритетов и распределению ресурсов. Они должны восприниматься как ценные участники и автоматически включаться в планирование мероприятий здравоохранения на самом высоком уровне. В России введен институт медицинской сестры с высшим профессиональным образованием, подчеркивающий ее высокий управленческий статус. В то же время по данным ВОЗ Россия имеет существенные отставания в данном аспекте. Например, в рекомендациях ВОЗ «Nursing in Europe /A resource for better health», отмечено, что эффективное лидерство имеет решающее значение для профессиональной мотивации, поддержания морального духа и успешного выполнения роли медсестер и сестринских услуг в любой системе здравоохранения» [1].

По данным ВОЗ, большинство стран Центральной и Восточной Европы в настоящее время создали постоянные должности старших медсестер в своих министерствах здравоохранения или их эквивалентах, и большинство из них имеют медсестер и / или акушеров, работающих на уровне министерства. В то же время функции и влияние главных медсестер в странах Центральной и Восточной Европы сильно различаются. В Венгрии недавно расширенный министерский отдел сестринского дела имеет старшую медсестру и десять сотрудников, что делает ее второй по величине сестринским подразделением на министерском уровне в Европе. Он несет ответственность за все сестринские дела, за исключением образования в области сестринского ухода. В Польше есть отделение медперсонала с медсестрой, которая курирует учебные заведения. Здесь роль сестринского подразделения заключается не только в надзоре за сестринскими услугами и за обучением персонала среднего звена, но и ответственность за связь с Центром последипломного медицинского образования. Ответственность главной медсестры правительства в Венгрии и Словении заключается в разработке четких стратегических планов руководства сестринским делом. Роль главной медсестры в Хорватии, Чехии, Польше и Словакии в основном является консультативной.

В правительствах новых независимых государств бывшего СССР специалисты среднего звена играют активную, хотя обычно консультативную роль в разработке политики, связанной с вопросами сестринского дела в большинстве стран, таких как Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Венгрия, Польша, Словакия и Словения. Некоторые из этих стран также имеют национальные ассоциации акушеров (НМА). В Польше главный совет медсестер и акушеров играет активную роль в разработке политики общего здравоохранения и участвует в планировании национальной стратегии развития сестринского и акушерского дела. В Албании и Румынии участие в управлении по-прежнему не рассматривается в качестве необходимой роли профессии медсестер; ни у одной страны нет главной медицинской сестры в правительстве, а профессиональные ассоциации, которые могли бы влиять на правительство слишком слабы.

В Европе медицинские сестры давно играют существенную роль в работе правительства страны. Так, Главные медсестры каждой из четырех частей Соединенного Королевства (Англия, Северная Ирландия, Шотландия и Уэльс) вносят свой вклад в политику здравоохранения. При этом главная медсестра в Англии является членом Совета по вопросам политики в Департаменте здравоохранения и директором сестринского дела для Национальной службы здравоохранения (NHS). Правительство назначает Постоянный комитет медсестер и акушеров для консультирования государственного секретаря по вопросам здравоохранения, который определяет политику по вопросам ухода за больными. Регулирующие органы, созданные в соответствии с законом, прежде всего Центральный совет Соединенного Королевства по вопросам сестринского дела, акушерства и здравоохранения,

законодательно предписаны для защиты общественности путем установления стандартов практики сестринского дела и обеспечения адекватного образования практиков, что неизбежно связано с этими органами в вопросах политики. Различные профессиональные организации и профсоюзы часто встречаются с государственным секретарем и другими должностными лицами и, таким образом, влияют на формирование политики.

Европейский опыт включения медицинских специалистов среднего звена в руководящие органы системы здравоохранения может быть интегрирован в отечественную систему, что позволит оптимизировать как организацию сестринского ухода, так и подготовку медицинских сестер к профессиональной деятельности в целом [2]. Тем более, что в России создан и активно функционирует институт медицинской сестры с высшим профессиональным образованием, подчеркивающий ее высокий управленческий статус [3]. В связи с этим, необходимо создание методической системы для формирования лидерских качеств у специалистов со средним медицинским образованием в условиях образовательной среды, а также в рамках сопровождения профессиональной деятельности [4,5]. Данная система должна включать также и мероприятия по диагностике лидерских качеств у медицинских сестер с целью наиболее оптимального подбора кадров на руководящие должности [6,7,8].

Список литературы

1. Nursing in Europe /A resource for better health/Edited by Jane Salvage and Serge Heijnen // WHO Regional Publications, European Series, 2016. No. 74
2. Доника А.Д., Е.И.Калинченко, И.М.Чеканан Проблемы формирования профессиональных компетенций специалистов со средним медицинским образованием - М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2015 – 78 с.
3. Карпович А.В., Феномен лидерства в медицинской профессии: институциональные изменения и социально-психологические паттерны - М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2015 – 106 с.
4. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. - 2015. - № 1(15). - С.58-60.
5. Засядкина Е.В. Руденко А.Ю., Социально-ориентированный менеджмент в медицине: задачи профессионального обучения// Интегративные исследования в медицине: мат-лы II Всероссийской научно-практической конференции, 1-2 дек. 2011. Ч.1 – Саратов. – Изд-во: ООО «Издательский центр «Наука». - С.156-157.
6. Карпович А.В. Методические подходы к изучению лидерства в проблемное поле социологии медицины // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. - № 12 (ч.5) – С.665-666.
7. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. - № 2(8). - С.26-25.
8. Чеканин И.М. Социально-психологический контент профессионального образования // Международный журнал экспериментального образования. - 2016. - № 3 (часть1). - С.105.

УДК 614.2

КАЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Легенькова Надежда Михайловна, Вяткина Светлана Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Миф - ответите Вы. И в определенной степени будете правы, ведь глядя на загруженных бумажной волокитой врачей; на заработную плату, которая не соответствует ответственности, лежащей на их плечах; на недостаток в лечебных учреждениях бесплатных фармпрепаратов; на состояния больниц, приходящих в упадок; и некоторых пациентов, считающих медицинскую помощь не более, чем услугой, другой ответ на ум и не приходит. Но мы же с вами знаем, что у любой монеты есть две стороны. Так что же противостоит этим нелестным характеристикам? Конечно, это прекрасные практикующие врачи, которые

буквально возвращают людей с того света, медицинские сёстры, способствующие скорейшему выздоровлению своей заботой и вниманием, преподаватели высших и средних профессиональных образовательных организаций, передающие студентам свои знания и бесценный опыт, и конечно сами студенты – молодые ребята, открытые для всего нового, готовые учиться, а в будущем изменять и развивать медицину.

С чем у каждого из нас ассоциируется поликлиника? Конечно с бесконечными очередями к терапевту. Почему? Потому что изначально повелось, что при появлении каких-либо неблагоприятных изменений в состоянии здоровья человек обращался к терапевту для получения инструкций для дальнейших действий и это правильно, ведь человек зачастую не может самостоятельно определить, к какому именно специалисту ему необходимо обратиться. Терапевт является прототипом врача общей практики, то есть он осуществляет первичный осмотр, определяет объем необходимой помощи, устанавливает предварительный диагноз, выписывает направления на необходимые лабораторные исследования, затем либо выписывает направление к профильному специалисту, либо устанавливает клинический диагноз и назначает лечение. В идеале это должен быть суперквалифицированный врач, потому что именно от его компетенции зависит, насколько эффективным будет лечение и быстрым выздоровление. Благодаря таким специалистам абсолютно на новый уровень выйдет профилактическая медицина в России, ведь достаточно будет организовать ежегодные медицинские осмотры, в процессе которых люди, начиная с определённого возраста, будут проходить диагностические тесты, благодаря которым на ранних стадиях возможно выявление сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Что же необходимо для получения такого профессионала, причем в таком количестве, чтобы была охвачена вся территория России? Во-первых, необходим сам факт заинтересованности государства в подготовке таких специалистов. А для этого нужно полностью пересмотреть существующую в России систему здравоохранения, четко распределить обязанности между врачами согласно уровням медицинского обслуживания, а именно первичной, вторичной, третичной, четвертичной медицинской помощи. Благодаря этому увеличится время на индивидуальный приём, узкие специалисты станут более «разгруженными», так как основные исследования будут проводиться на уровне врача общей практики. Требуется наладить тесный контакт между этими структурами (врач общей практики – специалист), что, в свою очередь, позволит не нарушать преемственности медицинской помощи, которая позволяет лечить больных с наивысшей эффективностью. Врачебные ошибки нужно перестать скрывать и научиться выносить их на рассмотрение ведущим специалистам для анализа и предотвращения их повторения в будущем. Для этого важно, чтобы государство получало реальную учётно-отчётную документацию, а не выдуманную.

Должное внимание нужно уделить подготовке медицинских сестёр, так как они являются не менее важными участниками лечебного процесса. Но иногда складывается ощущение, что в нашей стране об этом абсолютно забыли. Подготовить таких высококвалифицированных специалистов это лишь небольшая часть всего того, что надлежит сделать. Необходимо грамотно оборудовать лечебно-профилактические учреждения, ведь для постановки диагноза недостаточно иметь лишь знания и опыт врача, данные анамнеза и лабораторных исследований. Важно не просто обеспечивать амбулатории и стационары высокотехнологичной аппаратурой, но и организовать обучение специалистов пользоваться ей, иначе она будет лишь числиться в наличии.

Следует обратить внимание на подготовку будущих специалистов. Надлежит развивать личность студента-медика, воспитывать в нём уважение к своему труду, подпитывать здоровый альтруизм, поддерживать и помогать в развитии новых интересных идей, прививать любовь к науке, особенно уделять внимание вопросам этики и деонтологии, всячески способствовать его становлению как высококлассного специалиста. Важно наличие здоровой конкуренции, которая будет поддерживать ту искру, что будет вести специалиста к новым вершинам и достижениям.

Организовать качественную медицину в России вполне реально, нужно иметь желание со стороны государства, энергию со стороны работников здравоохранения, терпение со стороны населения, так как любые изменения могут привести к дискомфорту. Не менее важно повышать экономический уровень в стране, так как крупные реформы, а в данном случае полная реорганизация системы здравоохранения, требует огромных затрат. Среди населения важно проводить санитарно-просветительскую работу для восстановления авторитета медицинских работников. И конечно необходимо время, лет так 20-25, чтобы вывести медицинское обслуживание на качественно – новый уровень.

8. МОТИВАЦИЯ И СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

УДК 331.22

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА ПЕРСОНАЛА

*Головацкая Анастасия Владиславовна,
Водопьянова Наталья Александровна*

Россия, Волжский политехнический институт (филиал)
Волгоградского государственного политехнического университета

Важнейшим элементом хозяйственного механизма здравоохранения, условием труда, которое в большинстве случаев служит его причиной и стимулом, является оплата труда - вознаграждение, которое должно быть выплачено работодателем наемному работнику за работу, без вычета налогов и других удержаний, в денежной или натуральной форме.

Оплата труда представляет собой материальную компенсацию работнику за труд, использование его знаний, навыков и рабочей силы; она может иметь множество форм (ежемесячные оклады, премия, гонорар) и выполнять несколько функций (воспроизводственную, оценочную, распределительную, стимулирующую). После массового перехода лечебных учреждений на эффективный контракт заработная плата в здравоохранении состоит из должностного оклада (ставки), а также доплат и надбавок, предусмотренных действующим законодательством. Трудовые доходы регулируются налогами и максимальными размерами не ограничиваются. Администрации краев, областей, городов, за счет средств соответствующих бюджетов, могут направлять средства на дополнительное увеличение должностных окладов (ставок), размеров и видов повышений, доплат и надбавок, сверх предусмотренных нормативными актами Правительства РФ; Зарботная плата руководителя медицинского учреждения зависит от его квалификационной категории и группы оплаты труда руководителей, к которой относится данное медицинское учреждение и устанавливается контрактом, который с ним заключает работодатель (администрация региона, муниципального образования, ведомства, которому принадлежит ЛПУ и т.д.).

Система оплаты труда в здравоохранении состоит из трех основных блоков: гарантированная часть – должностной оклад; компенсационные выплаты в соответствии со специальной оценкой условий труда (карт аттестации рабочих мест); стимулирующие выплаты, которые должны составлять не менее 30% [1, стр. 23].

В учреждениях здравоохранения, в условиях подушевого финансирования первичного звена, стимулирующие выплаты могут быть разделены на две группы [2, с. 44]:

1) закрепляющие кадры и повышающие квалификацию: выплата за стаж работы в учреждении; дифференцированные выплаты за врачебную категорию; выплаты за наличие ученого звания или ученой степени по отрасли;

2) стимулирующие выплаты за выполнение количественных и качественных показателей работы, достижение показателей эффективности и результативности деятельности: стимулирующая выплата, аналогичная ранее выплачиваемой надбавке по национальному проекту «Здоровье» за выполнение качественных показателей работы первичного звена; стимулирующая выплата за выполнение объемов оказания медицинской помощи, ритмичное выполнение государственного задания и иные показатели работы.

Для реализации основных положений Распоряжения Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» и выполнения мероприятий, изложенных в Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, а также в условиях кадрового дефицита, каждому государственному (муниципальному) учреждению здравоохранения необходимо

пересмотреть подходы к оплате труда. Это позволит повысить эффективность деятельности этих организаций.

С целью повышения мотивации качественного труда и поощрения работников за выполненную работу в учреждении предусматриваются следующие выплаты стимулирующего характера: надбавка за наличие квалификационной категории; надбавка за качество выполняемых работ; выплата за интенсивность и высокие результаты работы; надбавка за оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи; надбавка за выслугу лет; премиальные выплаты.

Размер указанных выплат устанавливается в процентах к окладу (должностному окладу) или в виде коэффициентов и исчисляется исходя из оклада (должностного оклада) без учета других выплат компенсационного и стимулирующего характера, или устанавливается в абсолютном размере и не образует новый оклад (должностной оклад).

Решение о введении соответствующих стимулирующих выплат (надбавки за качество выполняемых работ, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, надбавки за оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи, премиальных выплат) принимается руководителем учреждения с учетом обеспечения указанных выплат финансовыми средствами.

В качестве недостатков существующей системы оплаты труда отметим, что:

во-первых, далеко не все виды указанных выплат ориентированы на результат[3]. Выплаты за стаж непрерывной работы, за выслугу лет никак не связаны с конечными результатами. Интенсивность труда отражает затраты труда, а не результаты. «Высокие результаты работы» на практике далеко не всегда отражают реальные результаты. Премиальные выплаты по итогам работы обычно связаны не с производственными показателями (отражающими успехи в оказании медицинской помощи населению), а с финансовыми результатами, которые при погоне за «валом» могут быть хорошими и при плохом лечении.

Во-вторых, удельный вес выплат стимулирующего характера в общем объеме заработной платы сам по себе не велик. Тем более не велик и удельный вес конкретных видов выплат, ориентированных на результат (как правило, в составе выплат стимулирующего характера доминируют выплаты, не отражающие результатов труда, например, связанные со стажем).

В-третьих, стимулирование получается односторонним, однобоким: на практике поощрять можно, а наказывать, снижать размер выплат стимулирующего характера, как правило, нет. Но для дополнительного поощрения нужны деньги, а их-то как раз обычно и нет. Теоретически размеры некоторых выплат стимулирующего характера снижать можно. Но не всех. Например, размер выплат за стаж непрерывной работы, выслугу лет снизить за низкие производственные показатели невозможно.

Не праздным является и вопрос: что именно стимулируют нынешние системы оплаты труда? Стимулировать можно непрерывную работу, стаж. Можно — уровень квалификации. Можно стимулировать работу во вредных условиях (тогда выплаты компенсационного характера выполняют одновременно и компенсаторные функции, и стимулирующие). Но это не результирующие системы оплаты труда: можно иметь большой стаж, высокую формальную квалификацию, но плохие результаты. И действительно, выплаты стимулирующего характера крайне редко ориентированы на результаты оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Абдрахманова С.А. Галимова Ш.А. Проблема мотивации и оплаты труда медицинских работников // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 5. – С. 22–23.
2. Афонин, Ю. А. Проблемы мотивации медицинского персонала // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2012. – № 7 (93). – С. 44–49.

3. Водопьянова Н.А. Активные способы повышения эффективности коммуникаций в медицинских организациях // В сборнике: МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ВЫЗОВЫ И РИСКИ XXI ВЕКА Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. 2016. С. 184-192.

УДК 331

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Зейналлы Рафаэль Риза Оглы

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Введение. Актуальность темы работы заключается в том что, одним из основных условий высокой эффективности деятельности организации любой формы собственности является наличие сознательной трудовой, социальной и творческой активности работников.

Проблемы трудовой мотивации актуальны для большинства предприятий и организаций в современной России, особенно в медицинских учреждениях.

Мотивация – сложнейшая научная проблема и одновременно практическая задача, с которой сталкивается любой менеджер [3].

Путь к эффективному управлению персоналом лежит через понимание мотивации трудовой деятельности каждого отдельно взятого работника. Зная то, что движет человеком, что побуждает его к работе, какие мотивы лежат в основе его действий, можно разработать эффективную систему форм и методов управления трудовыми процессами. Для этого необходимо знать, как возникают те или иные мотивы людей, и при помощи каких методов они могут быть реализованы на практике [6].

Цель исследования: Разработка эффективной комплексной системы мотивации медицинского персонала.

Материалы и методы:

- изучить теоретические основы мотивации сотрудников;
- дать оценку влияния состава персонала на результаты финансовой деятельности медицинского учреждения;
- проанализировать систему мотивации сотрудников медицинского учреждения;
- разработать ряд рекомендаций для создания эффективной комплексной системы мотивации сотрудников в медицинской сфере.

Результаты исследования. В работе были выявлены основные направления совершенствования мотивации медицинских работников.

- 1) совершенствование оплаты труда и системы материального стимулирования персонала;
- 2) совершенствование социально–психологических методов в управлении;
- 3) совершенствование внутриорганизационной карьеры сотрудников.

Рекомендуется проводить следующие мероприятия по планированию карьеры персонала: тестирование по участку деятельности работника; дополнительное обучение и курсы по повышению квалификации; самообразование (на добровольной или обязательной основе); проведение аттестации комиссией или руководителем предприятия в виде конкурсов; присвоение (или не присвоение) соответствующей категории по результатам аттестации, повышение (или не повышение) квалификации; назначение работника на соответствующую должность с учётом его профессиональных и личных качеств; повышение заработной платы в соответствии с занимаемой должностью работника; предоставление работникам социальных гарантий [4].

Вывод:

Разработка и внедрение справедливой и подходящей для медицинских работников системы оплаты за выполненную работу является важным фактором повышения уровня

трудовой мотивации персонала и роста эффективности и конкурентоспособности организации в целом [8].

В качестве универсальной программы для реализации мотивационных схем используется продукт «1С:Зарплата и Управление Персоналом 8»[1].

Использование на предприятии мотивационных схем позволяет экономить на времени, затрачиваемом сотрудниками отдела кадров, построить четкую схему финансовых взаимоотношений с работниками, а также заинтересовать сотрудника в результатах его труда.

В качестве социально–психологических методов мотивации персонала можно выделить: 1) совершенствование психологического климата в коллективе, 2) управление конфликтами.

Внедрение предложенных мероприятий в сочетании с совершенствованием иных методов управления позволит повысить заинтересованность сотрудников в результатах своего труда и эффективность всей системы управления предприятием [9].

Список литературы

1. Балашов Ю.К., Коваль А.Г. Мотивация и стимулирование персонала: основы построения системы стимулирования // Кадры предприятия. – 2011. – №7–8. – С. 9 – 10.
2. Бас В. Удовлетворенность трудовой деятельностью как составляющая эффективного организационного поведения // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2011. – №8. – С. 48 – 53.
3. Магура М.И., Курбатова М.Б. Современные персонал–технологии. – М.: Интел–Синтез, 2010. – 388 с.
4. Сосновыи А. Разработка внутрифирменных систем оплаты труда, мотивации и стимулирования персонала // Справочник по управлению персоналом. – 2009. – №1. – С. 37 – 43
5. Кибанов А. Мотивация и стимулирование персонала: взаимосвязь понятий // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2010. – №6. – С. 11 – 18.
6. Базаров Т.Ю. Управление персоналом. – М.: Дело, 2010. – 288 с.
7. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы: Учеб. пособие для вузов. – СПб.: Питер, 2009. – 512 с.
8. Прошкин Б.Г. Мотивация труда: Управленческий аспект. – Новосибирск: СО РАН, 2010. – 380 с.
9. Шаховой В.А., Шапиро С.А. Мотивация трудовой деятельности: Учебное пособие. – М.: Альфа–Пресс, 2010. – 332 с.

УДК 331.1

МОТИВАЦИЯ И СТИМУЛИРОВАНИЕ ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАДРОВОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Туктарова Регина Юнировна

Россия, Волгоградский институт управления – филиал РАНХиГС

Научный руководитель: к.э.н. Соколов Алексей Алексеевич

Цель мотивации персонала в целом и в здравоохранении в частности – получение максимальной отдачи от трудовой деятельности работников, что позволяет повышать общую результативность функционирования медицинской организации. Это, в свою очередь, служит фундаментом кадровой безопасности учреждения, поскольку сохранять и наращивать кадровый потенциал возможно только в стабильно развивающейся организации.

Российский опыт мотивации труда в здравоохранении во многом основан на элементах советского периода. Однако возникновение рыночных отношений в стране повлекло за собой изменение системы человеческих ценностей. Большинство медицинских работников убеждено в том, что для безбедной жизни важны должность (статус), связи с нужными

людьми, работа в рыночном секторе экономики и т.п. Врачи медицинских центров Германии и США, например, указывают на важность участия в принятии решений: в Германии этот фактор находится на первом месте, в США – на втором. Немецкие врачи ставят на второе место возможность постоянного повышения квалификации и стабильность занятости, на третье – нагрузку, далее – взаимоотношения и возможность доступа к новым технологиям. Для американских врачей на первом месте стоят стабильность занятости и финансовые стимулы, на третьем – взаимоотношения с коллегами, доступ к новым технологиям оказался незначимым фактором [1].

Обеспечение кадровой безопасности в здравоохранении предполагает эффективное управление не только трудовыми, но также финансовыми и материальными ресурсами медицинской организации. При этом управление персоналом связано с определенными проблемами, одна из которых – нехватка квалифицированных кадров – врачей и среднего медицинского персонала.

Эффективным решением такой проблемы может оказаться создание условий, мотивирующих персонал оставаться и работать в организации. Это:

- взаимоотношения в коллективе – общий моральный климат, многолетняя совместная работа, дружба и т.д.;

- личная выгода – все то, что удовлетворяет потребности работника – заработная плата и другие доходы, статус и репутация, личные связи;

- удовлетворенность результатами работы и их поощрение [2].

В условиях дефицита финансовых средств экономическая составляющая медицинского обслуживания становится все более значимой. Учитывая инновационный характер современных медицинских услуг, для повышения конкурентоспособности и обеспечения непрерывного развития медицинских учреждений требуются значительные инвестиции. Из-за низкого уровня платежеспособного спроса на дорогостоящие высокотехнологичные медицинские услуги приобретение учреждениями инновационного оборудования, обучение персонала становится трудной задачей [3].

В медицинских учреждениях отсутствует и другой важнейший мотивационный механизм – наличие равных возможностей карьерного роста для всех работников. Сложившаяся практика, когда выдвижение тех или иных сотрудников на руководящие должности не имеет под собой объективной основы, формирует и поддерживает неэффективную систему управления [4].

На кафедре международного здравоохранения и иностранных языков Российской медицинской академии последиplomного образования проведено исследование уровня развития мотивации работников в медицинских организациях. В выборочном исследовании приняли участие 117 руководителей медицинских организаций и их заместителей, обучавшихся на циклах повышения квалификации в 2015-2016 гг.

Для оценки подходов к разработке системы мотивации и стимулирования медицинских работников проведено исследование с использованием модифицированной универсальной шкалы оценок Харрингтона [5].

Применение шкалы позволяет структурировать и оценить использование побудительных факторов мотивации в медицинских организациях. Полученные значения структурированы в диапазоне от «очень высокой» до «очень низкой».

Индикаторами идентификации и оценки явились побудительные факторы мотивации, предложенные Ф. Герцбергом (США, 1982) [6].

Анализ результатов исследования отражают данные, которые получены путем оценки индикаторов эффективности мотивации, связанных с побудительными факторами потребностей работников (табл. 1).

Таблица 1. Оценка побудительных факторов мотивации медицинских работников

Побудительные факторы мотивации	Эффективность побудительных факторов мотивации				
	Очень высокая	Высокая	Средняя	Низкая	Очень низкая
	0,8-1,0	0,4-08	0,64-0,37	0,37-0,2	0-0,2
Трудовые успехи			+	+	
Заработная плата			+	+	
Межличностные отношения			+	+	
Условия труда			+	+	
Стиль личной жизни				+	+
Социальный статус		+	+		
Справедливость		+	+		
Стиль руководства		+	+	+	
Оплата по результатам			+	+	
Признание труда		+	+		
Служебный рост			+	+	
Развитие способностей				+	+
Ответственность			+	+	+
Элементы творчества					+
Интерес к работе			+		

Система мотивации и стимулирования труда медицинских работников во многих учреждениях нуждается в совершенствовании. Градация оценок эффективности используемых побудительных факторов мотивации колеблется в большом диапазоне, что свидетельствует о несформированном мнении и недостаточно отработанных подходах руководителей медицинских организаций к данной проблеме. Исследуемые не считают нужным уделять должное внимание таким побудительным факторам как стиль личной жизни работников, развитие способностей работников. Большинство сотрудников не стремятся проявлять инициативу и креативность в своей деятельности, брать на себя ответственность за принимаемые и реализуемые на практике решения.

В этой связи рассмотренный вопрос нуждается в дополнительном изучении на постоянной системной основе.

Список литературы

1. Мухамедова Н.С. Анализ и совершенствование существующих методов мотивации в медицинских учреждениях // Молодой ученый. – 2014. – №3. – С. 213-215.
2. Травин В.В., Дятлов В.А. Менеджмент персонала предприятия. – М.: Дело, 2010. – 282 с.
3. Бегун Т.В., Бегун Д.Н. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении // Молодой ученый. – 2017. – №22. – С. 416-418.

4. Петрова Н.Г., Балохина С.А., Комличенко Э.В., Мартиросян М.М. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении // Менеджмент в России и за рубежом. – 2009. – №4.

5. КиберЛенинка: [https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovye-riski-v-obespechenii-bezopasnosti-meditsinskoj-deyatelnosti].

6. История менеджмента: учебное пособие / Е.П. Костенко, Е.В. Михалкина; Южный федеральный университет. – Ростов-на-Дону: Издательство Южного федерального университета, 2014. – 606 с.

УДК 614.253

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА ВРАЧЕЙ

Коротков Кирилл Борисович

Россия, Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Кукина Елена Николаевна

Врачебная деятельность подразумевает такие направления, как диагностика, лечение и профилактика заболеваний. Это, как правило, осуществляется в условиях изменчивости исходных данных (симптомы и синдромы могут появляться и исчезать, по-разному сочетаться между собой), дефицита времени (при оказании медицинской помощи по неотложным показаниям, массовом поступлении раненых и больных). При этом врач должен по отдельным симптомам и синдромам мысленно построить целостную клиническую картину заболевания, понять условия и механизмы его возникновения и развития, выявить причины и провести их анализ. Труд врача является одним из наиболее сложных, характеризуется высокой психологической нагрузкой, зачастую – выраженной физической нагрузкой и является высокоответственным. Часто врачи не готовы к нагрузкам, присущим их работе, к возможным внутренним конфликтам из-за служебных, профессиональных и семейных интересов, что демотивирует сотрудников.

В статье предпринята попытка раскрыть теории мотивации Маслоу и Герцберга. Продемонстрировать значение психологического климата в работе врача. Показать зависимость между результатом работы, вознаграждением и мотивацией. Выявить связь между мотивацией и психологическим контрактом.

Поведение определяется человеческими потребностями, которые необходимо удовлетворять. Эту идею развил Маслоу, разработав иерархическую систему потребностей – предложил пять категорий потребностей, свойственных людям в целом. Из теории Маслоу следует, что потребности более высокого порядка – в уважении и самореализации – мотивируют в наивысшей степени, поскольку их сила возрастает по мере того, как удовлетворяются другие потребности. Насущность потребностей низкого порядка ослабляется по мере их удовлетворения. Следовательно, должна быть разработана такая схема вознаграждения сотрудника на работе, чтобы она помогала человеку двигаться вверх от одного уровня потребностей к следующему.

У людей есть как экономические, так и социальные потребности. Это означает, что для них важен не только контракт найма, но и работа в группе имеет особое значение. Создание благоприятного психологического климата в коллективе является очень важным фактором.

Психологический климат, мотивирующий врача-профессионала, имеет три составляющие.

Во-первых, это чувство компетентности. Врач должен точно знать, что он может делать свою работу. Его ощущение профессионализма создает внутреннюю мотивацию, а если врач не чувствует себя компетентным, он все время будет ощущать дискомфорт.

Вторая составляющая – чувство самоорганизации. Нельзя заставить профессионала что-либо делать. Работая со зрелыми людьми, есть только один способ чего-либо достичь – договариваться. Нельзя заставить врача применять методику, в которую он не верит. Он может только захотеть ее осваивать, иначе это может навредить пациенту.

Третья составляющая – потребность в значимых отношениях. Это включенность в коллектив, возможность получать обратную связь относительно своей компетентности. Тогда врач имеет хороший результат в отношениях и лечении своих больных.

Теория Герцберга утверждает, что существуют гигиенические факторы и мотивирующие факторы. Он назвал первую категорию потребностей гигиеническими, употребив медицинское значение слова «гигиена» (предупреждение), так как эти факторы описывают окружение сотрудника и обслуживают первичные функции, предупреждая неудовлетворенность работой: организационная политика, оплата труда, условия работы. Гигиенические факторы направлены на удержание сотрудника на работе, необходимы для поддержания удовлетворительного уровня мотивации.

Повысить же удовлетворенность можно, разрешая врачам брать на себя ответственность за то, что и как они делают, и предоставляя им возможности новых достижений успеха и совершенствования в своей должности.

Гигиенические факторы играют более ключевую роль, чем мотивирующие. Дефицит гигиенических факторов приводит к неудовлетворённости человека работой. Более того, мотивирующие факторы не играют никакой роли, если присутствует недостаток гигиенических факторов.

По теории ожидания мотивация связана с усилиями и выполнением работы, а не с характером конкретных вознаграждений/наказаний. Если эта связь четко прослеживается и достаточно сильная, тогда вознаграждение/наказание будут иметь мощный мотивирующий эффект; если же связь слабая или вообще отсутствует, никакой мотивации не будет. Врачи мотивированы желанием максимизировать ценность обмена со своей организацией. Иногда цена более напряженной работы – стресс и сокращение свободного времени – перевешивает ожидаемую выгоду. Проводя расчет вероятности и ценности, люди решают, как им действовать, и мотивированы они будут тогда, когда связь между прилагаемыми усилиями, выполнением работы и вознаграждением очевидна.

Важную роль в мотивации медицинского персонала играет установление психологического контракта. Его идея связана с пониманием взаимных обязательств двух сторон, участвующих в отношениях найма, - ЛПУ и врача. Эти обязательства могут налагаться официальным контрактом или вытекать из ожиданий, которые каждая сторона связывает с противоположной стороной – участницей психологического контракта и которые стороны сообщают друг другу разнообразными трудноуловимыми или более определенными способами. Эти ожидания могут быть деловыми или могут принимать форму отношения, например, доверия или преданности. Расхождения в ожиданиях ведут к неудовлетворённости и демотивации персонала. Неспособность установить во взаимоотношениях здоровый, устойчивый психологический контракт может привести к разрушительным последствиям как для врача, так и для организации.

Понятие мотивации связано с вопросом о том, что заставляет сотрудников быть успешными, своевременно достигать целей, поставленных руководством, работать напряженно и хорошо, быть настойчивыми и преодолевать препятствия, с энтузиазмом относиться к своей работе. Работать долго и достойно на своей должности, не искать другую работу или подработку. Мотивация является одним из главных факторов успешного выполнения работы и получения выгоды всеми сторонами.

Список литературы

1. Понимание людей на работе: Книга 1» [Текст]: Учебное пособие/Пер. с англ. – «Жуковский: МИМ ЛИНК, 2003. – 95 с.
2. «Специфика врачебной деятельности» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=1595
3. «Двухфакторная теория мотивации Герцберга» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://litness.ru/dvuhfaktornaya-teoriya-motivacii-gercberga>

4. Тайц, А.Б. Трудовая мотивация врачей поликлиники [Электронный ресурс] / А.Б. Тайц, А.А. Косенко // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=14073>

УДК 339.138

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЛАТНЫХ И БЕСПЛАТНЫХ КЛИНИК

Никитина Алина Сергеевна

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

На сегодняшний день существует много подходов к рассмотрению удовлетворённости пациентов и качеством медицинских услуг.

Из этого следует, что существует связь благополучности работы медицинского персонала со степенью её соответствия ценностям и ожиданиям пациентов, о важности которых могут судить только они сами.

Цель: Изучить мнение пациентов об удовлетворённости медицинского обслуживания в медицинских учреждениях.

Материалы и методы исследования:

Был проведен опрос в котором приняли участие 1100 человек в возрасте от 18 лет и старше, проживающих в городах с населением от 100 тысяч человек во всех федеральных округах.

В опросе респондентам был представлен ряд вопросов о важности различных факторов при выборе медицинских учреждений. Затем участников опроса попросили дать оценку этим характеристикам платные и бесплатные клиники, услугами которых россияне пользовались в последнее время.

По заключению опроса был рассчитан индекс важности различных параметров выбора медицинских учреждений путем вычитания доли тех, для кого эти параметры не важны, из числа тех, кому они важны. Эти же действия были проведены и в вопросе удовлетворенности бесплатными и платными медицинскими услугами. Индексы удовлетворенности были рассчитаны путем вычитания доли неудовлетворенных пациентов из числа тех, кто дал своему опыту обращения к врачам положительные оценки.

Результаты приведены на рис 1.

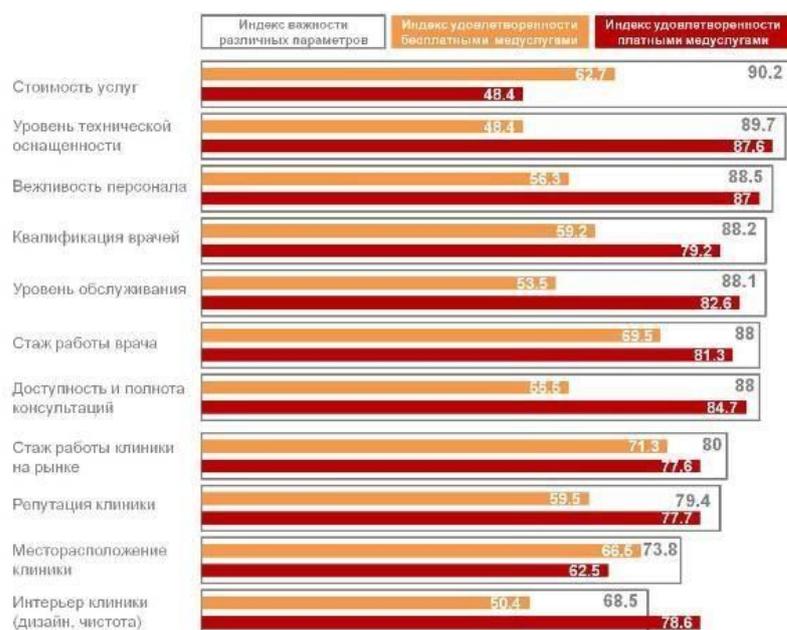


Рис. 1. Индекс важности различных характеристик при выборе медицинских учреждений. Удовлетворенность полученными платными и бесплатными медицинскими услугами за последние 12 месяцев. (в процентных пунктах).

Полученные значения индекса важности различных параметров при выборе клиники оказались высокими. А это означает, что россияне предъявляют высокие требования к качеству медицинских услуг. Даже такая, казалось бы, непрофильная характеристика как интерьер клиники получила оценку важности в 68,6 %

В первую очередь российские пациенты обращают внимание на стоимость услуг (индекс важности на уровне 90,2 %). Следующие параметры – уровень технической оснащённости, вежливость персонала, квалификация врачей, уровень обслуживания, стаж работы врача, доступность и полнота консультаций – получили оценки в вопросе важности от 88 до 89,7%

Интересно сравнить индексы удовлетворенности бесплатными и платными медицинскими услугами. Как видно из диаграммы 1, значения индекса по бесплатным услугам превосходят индекс по платным услугам только по двум характеристикам – месторасположение клиники и стоимость услуг. А также по параметрам, касающимся стажа врача и стажа работы клиники на рынке, оба индекса получили достаточно похожие значения. По остальным параметрам индекс удовлетворенности платными услугами оказался достаточно выше аналогичных показателей индекса бесплатных услуг.

Особенно отличаются оценки в вопросе технической оснащённости медицинских учреждений (48,4 % по бесплатной медицине и 87,6% по платным услугам), вежливости персонала (56,3%. vs 87%), общий уровень обслуживания (53,5 % vs 82,6%), доступность и полнота консультаций (55,5 % vs 84,7%). В вопросе дизайна платные медучреждения получили оценку даже выше (78,6 %), чем важность самой характеристики (68,5 %).

Однако нельзя не отметить, что в целом, согласно оценкам респондентов, удовлетворенность качеством бесплатной медицины, действительно, находится на достаточно хорошем уровне. Количество положительных оценок явно превышает долю отрицательных по всем параметрам. Хотя по многим характеристикам бюджетным медицинским учреждениям стоит стремиться к повышению качества обслуживания. Платные же клиники, по мнению россиян, всем хороши, кроме, пожалуй, стоимости услуг.

УДК 331.1

**ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ КОУЧИНГА КАК ИНСТРУМЕНТА
ОРГАНИЗАЦИИ КАРЬЕРНОГО СЦЕНАРИЯ ТАЛАНТЛИВОГО СОТРУДНИКА В
УСЛОВИЯХ ВРАЖДЕБНОГО ПОВЕДЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ**

Князев Сергей Александрович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Многообразие ситуативных форм репрезентации властных отношений в современных организациях затрудняет типологизацию поведения как управленцев, так и их подчинённых. Заслуживает внимание точка зрения, что организационное поведение сотрудников и их руководителей можно свести к континууму, на различных полюсах которого будут находиться противоположные по своим характеристикам паттерны поведения. Такую попытку предприняли Роберт Танненбаум и Уоррен Шмидт, создав свою известную модель лидерского континуума, в основе которой лежит дихотомия «свобода-необходимость»: свобода последователей ограничивается властью лидера. Однако такой классификационный признак ничего не говорит об эмоциональной стороне отношений руководства-подчинения, а ведь спектр эмоциональных состояний и настроений в этом контексте может быть чрезвычайно широк. Всецело разделяя идеологию гуманистического менеджмента [2], следует признать, что практика пока во многих случаях отстаёт от передовой теории: нередко можно встретить в кейсах случаи враждебного, деструктивного, конфликтного поведения руководителя по отношению к своим подчинённым. Такая ситуация ставит вопрос о разработке подходов,

концепций, теорий, моделей и инструментария (само)менеджмента подчинённых в условиях враждебного отношения со стороны руководителя [1]. Особый интерес эта тема вызывает в контексте обучения и развития сотрудников, организации их карьерных сценариев [3], направленных на реализацию их творческих способностей и талантов.

Враждебное отношение руководителя в целом может выражаться в двух формах – открытой и скрытой. В случае латентной формы подчинённый не может заявить, что руководитель относится к нему негативно: внешне дружелюбный и улыбчивый, руководитель, тем не менее, принимает такие управленческие решения, которые препятствуют реализации идей, талантов, инициатив сотрудника, а в случае открытия интересующих вакантных мест сотрудник отмечает, что его в очередной раз «забыли». Систематическое повторение подобных ситуаций в трудовой жизни талантливого сотрудника может указывать на враждебность руководителя по отношению к нему.

Открытая форма характеризуется в дополнение к вышесказанному эмоционально-психологическим давлением со стороны руководителя и ближайшего круга его последователей. Такой моббинг может стать не только причиной провала карьерных ожиданий, но и увольнения под психологическим давлением.

Другим важным параметром враждебности является интенсивность его переживания и выражения. Этот параметр может колебаться от лёгкой межличностной неприязни до иррациональной ненависти.

Исходя из рассмотренных двух параметров, можно построить матрицу враждебности руководителя (рис. 1). Сочетание открытости и ненависти порождает квадрант «Полемос» - в переводе с древнегреческого «война». Это неравная битва, в которой почти все источники власти, как правило, на стороне формального руководителя. Однако цивилизованная форма противостояния отличается меньшей интенсивностью и попадает в квадрант «Конфликт». Скрытая ненависть располагается в квадранте «Эристика» - так Аристотель называл нечестное ведение спора: руководитель вроде бы не выражает своей крайней степени недружелюбия, но мешает продвижению сотрудника, исходя из личного отношения к нему. С этим квадрантом схожа «Манипуляция» скрытостью осуществления, но отличается меньшей интенсивностью.

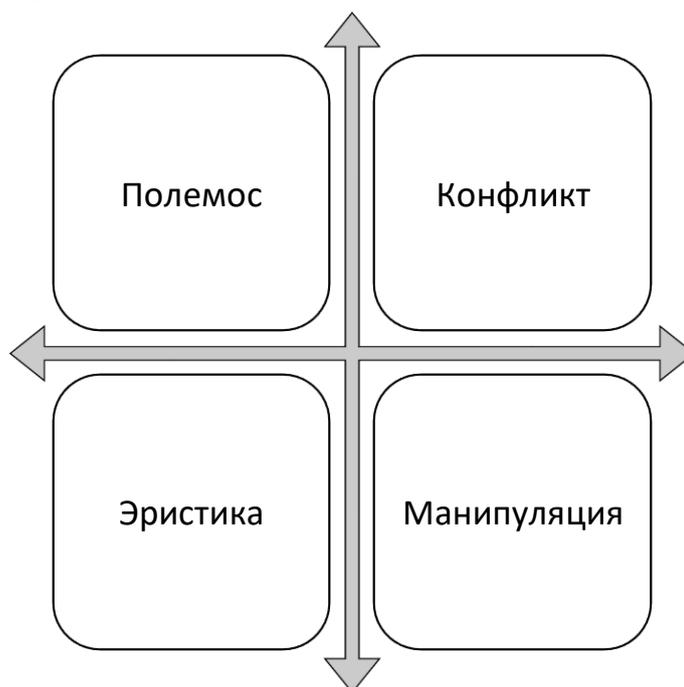


Рис. 1. Матрица враждебности руководителя

Разумеется, нахождение в любом из квадрантов матрицы способно негативно отразиться на карьерных ожиданиях и успехах талантливого сотрудника. Однако существует технология, которая может помочь даже в такой ситуации – это технология карьерного коучинга.

Карьерный коучинг исходит из пресуппозиции, что любой результат коммуникативного действия есть обратная связь для отправителя информации. Поэтому действует правило: если не устраивает результат, то стоит что-либо изменить в своём поведении. Карьерный коуч ориентирует клиента на внутренний локус контроля и прививает ответственность за создание, организацию и реализацию карьерного сценария даже в негативных внешних условиях.

Карьерный коучинг в ситуации враждебного поведения руководителя может эффективно использовать следующие инструменты и упражнения:

1. Создание колеса карьерного баланса. Помогает выбрать основные компоненты такого сложносоставного явления, как карьера.

2. Пирамида нейрологических уровней. Помогает осознать собственную миссию и строить карьерный сценарий, исходя из ответа на вопрос «ради чего я делаю карьеру?».

3. Интеграция конфликта. Техника, пришедшая в коучинг из НЛП, позволяет через занятие позиции Наблюдателя, найти позитивные намерения каждой из сторон и сформулировать конкретные действия, в которой они максимально реализуются.

4. Стратегия Уолта Диснея. Это упражнение позволять учесть все риски построения карьерного сценария во враждебном окружении, не отказываясь от мечты сделать хорошую карьеру.

5. Прогулка к мастерству. Позволяет спрогнозировать собственное поведение и поведение окружающей системы по мере продвижения к карьерной цели.

6. Рефрейминг. Смысловой и контекстный рефрейминг во многом меняет верования, ограничивающие убеждения, пресуппозиции и конструалы сотрудника в отношении руководителя, что позволяет выстроить карьерный сценарий в новых ментальных условиях.

Таким образом, коучинг становится инструментом реализации карьерного сценария в условиях враждебного отношения руководителя к талантливому сотруднику, основанным на принципах гуманистического менеджмента.

Список литературы

1. Балабанова Е., Боровик М., Деминская В. «Враждебное» поведение руководителя: проявления, предпосылки и последствия // Российский журнал менеджмента. 2018. Т. 16, №3. С. 309–336.

2. Клейнер Г. Гуманистический менеджмент, социальный менеджмент, системный менеджмент — путь к менеджменту XXI века // Российский журнал менеджмента. 2018. Т. 16, №2. С. 231–252.

3. Кудрявцева Е. Организационные карьерные сценарии для талантливых работников // Российский журнал менеджмента. 2018. Т. 16, № 2. С. 205–230.

УДК 331

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СОТРУДНИКОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА

Сидорова Дарья Александровна

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

Увеличение производительности учреждения и его результативность в значительной степени находятся в зависимости от трудовых ресурсов, существующих в директиве у компании.

Ключевым элементом эффективной организации производства на любом предприятии являются люди и рациональное использование двух важнейших ресурсов, которыми они располагают: силы и времени. Поэтому все работодатели прилагают огромные усилия по поиску и привлечению к себе работников, обладающих наиболее полным набором

благоприятных и ценных характеристик и качеств: профессионально квалификационных, личностных, деловых и др. [1]

Система учебно-воспитательных мероприятий проводимых в учреждениях и компаниях в целях совершенствования знаний, умений, навыков и квалифицированности в процессе исполнения должностных обязанностей оказывает влияние не только на социокультурные и психолого-этические факторы, но также влияет на экономическую и исполнительно-трудовую эффективность учреждения.

В процессе глобализации и акселерации экономики предприятиям необходимо следовать в ногу со временем и располагать высоко квалифицированным персоналом. Это означает непрерывное развитие и обучение сотрудников, следствием чего является достижение поставленных целей и получение необходимых результатов. При этом внимание акцентируется не только на знаниях, основанных посредством теоретических тренингов и семинаров, но и на умении применить эти знания в процессе трудовой деятельности, что должно в итоге привести к достижению поставленных задач. [2]

Самостоятельность, социальная адаптация, умение своевременно и качественно решать поставленные задачи проявляются не только при наработке практического опыта. Существенно ускорить данные процессы в становлении личности сотрудника позволяет обучение. В организациях, где обучение сотрудников не является одной из приоритетных задач, снижается не только рост производительности, но и происходит влияние на понижение мотивации среди рабочих. Психологическими составляющими направленными на позитивное формирование выступают: эмоционально-ценностная ориентация, мобильность и осознанность в своей профессиональной компетенции.

В настоящее время, когда сотрудники являются важными участниками трудового процесса, сохраняется ряд противоречий между требованиями предъявляемых к личностно-профессиональному формированию и неимением особой подготовки специалиста в системе повышения квалификации; растущим информационным потоком и неспособностью результативно преобразовывать, творчески применять в деятельности знания и умения, заказом нынешнего социума на высококвалифицированных сотрудников, владеющих значительным уровнем личностно-профессионального развития и отсутствием специальных систем его увеличения в стадии непосредственно профессиональной деятельности.

Профессионально-должностную подготовку сотрудников необходимо проводить на учебно-методических занятиях и инструкторско-методических сборах, а также немаловажную роль играют индивидуальные и самостоятельные занятия сотрудниками в учреждениях.

Список литературы

1. Югов Евгений Александрович Трудовые ресурсы как элемент организации производства: к вопросу о терминологии // Организатор производства. 2011. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trudovye-resursy-kak-element-organizatsii-proizvodstva-k-voprosu-o-terminologii> Югов Евгений Александрович. "Трудовые ресурсы как элемент организации производства: к вопросу о терминологии" Организатор производства, vol. 49, no. 2, 2011, pp. 18-22.
2. Фоменко А. О. Влияние обучения персонала на рост производительности предприятия // Молодой ученый. — 2017. — №14. — С. 469-472. — URL <https://moluch.ru/archive/148/41838/> (дата обращения: 26.10.2018).

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: АНАЛИЗ СТИМУЛОВ

Шманёв Никита Дмитриевич

Россия, Волгоградский институт управления –
филиал ФГБОУ ВО РАНХиГС при Президенте РФ
Научный руководитель: к.с.н., доцент Шиндряева Ирина Викторовна

В настоящее время проблема повышения трудовой мотивации персонала медицинских учреждений является одной из важных функций управления здравоохранением. Вопрос управлением трудовой мотивацией медицинских работников как один из приоритетных факторов экономического развития приобретает особую актуальность и требует изучения, в частности относительно разработки комплексной системы воздействия на мотивацию медицинских работников через использование внешних и внутренних стимулов мотивирования труда.

Сегодня остаётся главным вопрос, связанный с оценкой клинической практики медицинского персонала, которая зачастую осуществляется лишь самими пациентами. В тех случаях, когда анализируются результаты оказанных услуг со стороны администрации медицинского учреждения, обычно это связано с применением имплицитных механизмов оценки результатов труда, которые, как показывает практика, не всегда эффективны по сравнению с систематическим сбором информации о состоянии пациентов, способах и результатах лечения. Именно поэтому всё чаще в современных медицинских учреждениях используются явные стимулы мотивации медицинского персонала, как материальные, так и нематериальные.

Подобные явные стимулы помогают в процессе достижения как промежуточных, так и конечных результатов деятельности медицинских учреждений. Например, с одной стороны, широкое отражение они находят в области привлечения в отрасль новых профессионалов или удержания старых работников. С другой же стороны, такие стимулы оказывают непосредственное влияние на поведение самого работника, мотивируя его на достижение лучших результатов [1]. Другим примером может послужить увеличение занятости работников узкой специализации, что может совершенно не отразиться на показателях здоровья, но, при этом, обеспечить рост численности врачей общей практики и персонала первичной медицинской помощи будет способствовать улучшению данных показателей. Именно поэтому важным оказывается избирательность инвестиций в персонал учреждений здравоохранения.

Говоря о типологии стимулов, которые можно встретить в медицинской практике, следует отметить, что выделяются внутренние и внешние, а также явные и неявные стимулы (см. табл. 1).

Таблица 1. Типология стимулов в медицинской практике [2]

	Неявные (имплицитные)	Явные (эксплицитные)
Внутренние	Врачебный долг (клятва Гиппократа), профессиональный интерес	Регулирование (профессиональные организации врачей, страховые медицинские организации)
Внешние	Доверие пациентов	Оплата труда и другие материальные форм компенсации и поощрения

В современных учреждениях здравоохранения в процессе мотивирования труда медицинского персонала можно встретить два типа неявных стимулов: внутренние и внешние, которые основываются, в первую очередь, на доверии [3]. Так, профессиональные

медицинские работники получают образование и специальную подготовку, предполагающую определённые обязательства в отношении пациентов, врачебный долг. Одним из самых сильных примеров неявного внутреннего стимула для медицинского персонала будет являться клятва Гиппократова, а доверие пациентов будет выступать в качестве неявного внешнего стимула.

Многие специалисты в области управления медицинским персоналом отмечают, что механизмы доверия являются одними из самых эффективных инструментов стимулирования работников учреждений здравоохранения относительно затрат и конечного результата. Однако в последние годы наблюдается нарушение принципов доверия, что обуславливает необходимость регулярной оценки деятельности медицинского персонала и разработке системы четких критериев [4].

Явные внешние стимулы в основном представлены в системе оплаты труда и являются финансовыми механизмами стимулирования медицинского персонала. Именно поэтому эти инструменты мотивации сегодня активно применяются в практике как необходимое дополнение неявных и явных внутренних стимулов.

В современных учреждениях здравоохранения можно выделить две основные системы оплаты труда: сдельную и повременную. В первом случае медицинский работник будет получать оплату за количество оказанных услуг, т.е. за результат, а во втором – за общее отработанное время. Важно отметить, что современный персонал медицинского учреждения может приспособиться к любой системе оплаты труда, однако обычно это выражается через снижение уровня своей трудовой активности, объёма или качества оказываемых услуг, что непосредственно сказывается на качестве медицинского обслуживания. Именно поэтому важным оказывается постоянный контроль за результатами деятельности медицинских работников, который не всегда находит своё отражение в учреждениях здравоохранения.

При выборе системы оплаты труда необходимым является учёт основных принципов, основанных на многочисленных факторах [5]:

- Работодателю выгодно платить за отработанные часы, если издержки на измерение оказываемых услуг слишком высоки;
- Оплата за отработанное время будет эффективна только, если оценка результатов требует дополнительного времени;
- Наиболее выгодно использование системы оплаты труда по результатам, в том случае, когда уровень альтернативной зарплаты работников достаточно высок;
- Оплата по результатам будет эффективна только для молодых специалистов.

Существующие проблемы в формах оплаты труда требуют формирования комбинированной системы оплаты труда, в которой необходимым оказывается сочетание следующих условий: любое повышение оплаты труда должны действительно стоить дополнительных усилий, по мнению самого медицинского персонала; результатом должен быть измеримый и соотносимый с действиями конкретного медицинского работника; возросшая продуктивность работника не должна рассматриваться каждый раз как новый минимальный стандарт. В противном случае, повышение оплаты труда либо вообще не будет иметь никакого мотивационного эффекта, либо он будет являться кратковременным [6].

Таким образом, подводя итог, следует отметить, что в современных учреждениях здравоохранения существуют явные и неявные стимулы мотивации медицинского персонала, которые находят своё отражение в различных областях применения: начиная от профессионального долга и заканчивая оплатой труда работников. Только формирование комплексного подхода к использованию всех типов стимулов способно оказать значимое влияние на мотивацию медицинского персонала, и, в следствии, улучшить качество оказываемых услуг.

Список литературы

1. Ильин, С.В. Мотивация персонала в медицинских учреждениях/ С.В. Ильин // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции. - 2018. - С. 444-448.

2. Калабина, Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях / Е.Г. Калабина // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. - 2016. - № 1. - С. 120-128.
3. Колосницына, М.Г. Мотивация и оплата труда. - 2018. - № 3. - С. 170-178.
4. Опришко, Н.В. Система стимулирования медицинского персонала / Н.В. Опришко // Современные технологии управления персоналом. – 2016. - № 4. – С. 306-311.
5. Панчук, Е.Ю. К проблеме мотивации труда персонала медицинского учреждения / Е.Ю. Панчук // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. - 2017. - Т. 20. - С. 44-53.
6. Токарь, Е.П. Проблема мотивации и оплаты труда работников в сфере здравоохранения/ Е.П. Токарь, И.В. Шиндряева // Инструменты современной научной деятельности. Сборник статей Международной научно-практической конференции.- 2015. - С. 221-224.

УДК 331

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Зейналы Рафаэль Риза Оглы

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент

Князев Сергей Александрович

Введение. Актуальность темы работы заключается в том что, одним из основных условий высокой эффективности деятельности организации любой формы собственности является наличие сознательной трудовой, социальной и творческой активности работников.

Проблемы трудовой мотивации актуальны для большинства предприятий и организаций в современной России, особенно в медицинских учреждениях.

Мотивация – сложнейшая научная проблема и одновременно практическая задача, с которой сталкивается любой менеджер [3].

Путь к эффективному управлению персоналом лежит через понимание мотивации трудовой деятельности каждого отдельно взятого работника. Зная то, что движет человеком, что побуждает его к работе, какие мотивы лежат в основе его действий, можно разработать эффективную систему форм и методов управления трудовыми процессами. Для этого необходимо знать, как возникают те или иные мотивы людей, и при помощи каких методов они могут быть реализованы на практике [6].

Цель исследования: Разработка эффективной комплексной системы мотивации медицинского персонала.

Материалы и методы:

- изучить теоретические основы мотивации сотрудников;
- дать оценку влияния состава персонала на результаты финансовой деятельности медицинского учреждения;
- проанализировать систему мотивации сотрудников медицинского учреждения;
- разработать ряд рекомендаций для создания эффективной комплексной системы мотивации сотрудников в медицинской сфере.

Результаты исследования. В работе были выявлены основные направления совершенствования мотивации медицинских работников.

4) совершенствование оплаты труда и системы материального стимулирования персонала;

5) совершенствование социально–психологических методов в управлении;

6) совершенствование внутриорганизационной карьеры сотрудников.

Рекомендуется проводить следующие мероприятия по планированию карьеры персонала: тестирование по участку деятельности работника; дополнительное обучение и

курсы по повышению квалификации; самообразование (на добровольной или обязательной основе); проведение аттестации комиссией или руководителем предприятия в виде конкурсов; присвоение (или не присвоение) соответствующей категории по результатам аттестации, повышение (или не повышение) квалификации; назначение работника на соответствующую должность с учётом его профессиональных и личных качеств; повышение заработной платы в соответствии с занимаемой должностью работника; предоставление работникам социальных гарантий [4].

Вывод:

Разработка и внедрение справедливой и подходящей для медицинских работников системы оплаты за выполненную работу является важным фактором повышения уровня трудовой мотивации персонала и роста эффективности и конкурентоспособности организации в целом [8].

В качестве универсальной программы для реализации мотивационных схем используется продукт «1С:Зарплата и Управление Персоналом 8»[1].

Использование на предприятии мотивационных схем позволяет экономить на времени, затрачиваемом сотрудниками отдела кадров, построить четкую схему финансовых взаимоотношений с работниками, а также заинтересовать сотрудника в результатах его труда.

В качестве социально–психологических методов мотивации персонала можно выделить: 1) совершенствование психологического климата в коллективе, 2) управление конфликтами.

Внедрение предложенных мероприятий в сочетании с совершенствованием иных методов управления позволит повысить заинтересованность сотрудников в результатах своего труда и эффективность всей системы управления предприятием [9].

Список литературы

10. Балашов Ю.К., Коваль А.Г. Мотивация и стимулирование персонала: основы построения системы стимулирования // *Кадры предприятия*. – 2011. – №7–8. – С. 9 – 10.
11. Бас В. Удовлетворенность трудовой деятельностью как составляющая эффективного организационного поведения // *Кадровик. Кадровый менеджмент*. – 2011. – №8. – С. 48 – 53.
12. Магура М.И., Курбатова М.Б. *Современные персонал–технологии*. – М.: Интел–Синтез, 2010. – 388 с.
13. Сосновыи А. Разработка внутрифирменных систем оплаты труда, мотивации и стимулирования персонала // *Справочник по управлению персоналом*. – 2009. – №1. – С. 37 – 43
14. Кибанов А. Мотивация и стимулирование персонала: взаимосвязь понятий // *Кадровик. Кадровый менеджмент*. – 2010. – №6. – С. 11 – 18.
15. Базаров Т.Ю. *Управление персоналом*. – М.: Дело, 2010. – 288 с.
16. Ильин Е.П. *Мотивация и мотивы: Учеб. пособие для вузов*. – СПб.: Питер, 2009. – 512 с.
17. Прошкин Б.Г. *Мотивация труда: Управленческий аспект*. – Новосибирск: СО РАН, 2010. – 380 с.
18. Шаховой В.А., Шапиро С.А. *Мотивация трудовой деятельности: Учебное пособие*. – М.: Альфа–Пресс, 2010. – 332 с.

МОТИВЫ И СТИМУЛЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Бессарабова Алина Романовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Ситникова Светлана Евгеньевна

Актуальность темы обоснована тем, что мотивация и стимулирование медицинского персонала - основное средство обеспечения оптимального использования кадрового потенциала.

Мотивы представляют собой своеобразный "инструмент", который управляет человеческим поведением, а также определяет его организованность и направленность. Их можно подразделить на:

- мотивы обеспечения, связанные с материальными средствами;
- мотивы призвания, которые заключаются в стремлении медицинских работников реализовать свои благородные чувства к больному;
- мотивы престижа, которые выражаются в желании работников принять участие в значимой общественной деятельности, тем самым реализовывая свою социальную роль.

Стимулы – это рычаг воздействия, который вызывает действие определенных мотивов. Стимулы можно подразделить на явные и неявные.

Различают явные внутренние и внешние стимулы. К явным внутренним относят правила, которые устанавливает профессиональное учреждение. Явные внешние стимулы - системы трудовой оплаты.

Оценку медицинской практики осуществляет лишь пациент. Существуют опасения, что скрытые механизмы оценки не всегда эффективны, поэтому используют явные стимулы мотивации врача. Их применяют для привлечения в отрасль профессионалов или сокращения текучести кадров, а также эти стимулы влияют на поведение работников, мотивируя к достижению лучшего результата. На мой взгляд, использование явных стимулов работы сотрудников должно начинаться с анализа последствий. Я считаю, что не всегда инвестиции в персонал будут эффективны. Так, если трудовые ресурсы используются некачественно, то нет смысла их увеличивать, привлекать новых работников высокой заработной платой. Второй пример: рост занятости работников узкой специализации может не отразиться на показателях здоровья населения, а повышение числа врачей общей практики улучшит этот показатель. Следовательно, инвестиции в персонал должны быть избирательными.

Неявные стимулы тоже делят на внутренние и внешние, которые основаны на доверии. Представители медицинских профессий получают специальную подготовку, предполагающую определенные обязательства. Клятва Гиппократа для врачей - неявный внутренний стимул, а доверие пациентов - неявный внешний. Как считают специалисты, механизм доверия - наиболее эффективный с точки зрения затрат инструмент стимулирования медицинского труда в сравнении с детальным регулированием деятельности медицинского персонала.

Выделяют следующие методы мотивации медицинского персонала.

Экономические методы выражаются в доходе в виде заработной платы. За образцовое выполнение обязанностей, продолжительную и безупречную работу, повышение эффективности и качества медицинской помощи, новаторство и другие достижения в работе применяются поощрения, предусмотренные коллективным договором.

Влияние на размер заработной платы оказывают: инициатива, предприимчивость и усилия работника, его образование и опыт. Ее размер должен определяться личным вкладом в результат труда всего коллектива. Необходимо замечать правильность выполнения работы, давая при этом ответную незамедлительную реакцию управленческого состава. Премии должны быть связаны с достижением какой-либо цели.

Социально-психологические методы мотивации имеют косвенный характер управленческого воздействия. Эти методы основаны на использовании личностных и социальных мотивов поведения людей. Велика роль воспитательной работы, обусловленной потребностью осознания человеком объективных интересов в достижении целей общества, ведь только так можно сформировать у каждого чувство коллективизма, личной внутренней ответственности за сделанное и создать желание совершенствоваться в профессиональном плане.

При этом администрации затруднительно рассчитывать на быстрое действие этих методов, определить силу их воздействия на результат деятельности, поэтому в практике используются административные методы, ориентированные на осознанную необходимость производственной дисциплины. Эти методы воздействия носят прямой характер воздействий, потому что любой регламентирующий акт администрации лечебно-профилактической организации требует обязательного исполнения.

При мотивации и стимулировании персонала важно отмечать следующие аспекты:

- люди хотят достичь или избежать чего-либо, реализуя собственные интересы;
- индивидуальные мотивы сложны, на них могут оказывать влияние даже рабочая обстановка, настроение коллег;
- нельзя отыскать идеального метода стимулирования, поэтому надо использовать разные виды мотивации вместе, а не только материальные мотивы.

Таким образом, успех заключается в совпадении мотивов и стимулов сотрудников, а также в учете двух элементов системы мотивации - необходимости и желания. Если понимать внутренние стремления каждого сотрудника, то можно создать объективную картину приоритетов на уровне всей организации.

На мой взгляд, для стимулирования медицинского персонала должен применяться комплексно-целевой подход, но, если выбирать самый эффективный из способов мотивирования рабочих здравоохранения, то стоит сделать выбор в пользу социально-психологических методов, потому что именно они активизируют гражданские чувства, регулируют ценностные ориентации людей через мотивацию, создают определенный климат в коллективе, а значит, что в организации, где будут вознаграждать финансово немного меньше, но окружающая обстановка будет дружественная и комфортная, люди будут стремиться выполнить свою работу лучше, чем там, где будет высокая заработная плата, но безрадостная атмосфера.

Список литературы

1. <https://www.avekon.org/papers/1050.pdf>
2. <https://sibac.info/studconf/econom/xii/34112>
3. <https://studrb.ru/works/entry6866>
4. <https://www.sworld.com.ua/index.php/uk/pedagogy-psychology-and-sociology-411/psychology-of-work-and-engineering-psychology-411/11110-411-0567>
5. https://www.hse.ru/data/2011/12/05/1271846229/WP8_2011_12f.pdf

УДК 65.012.7

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Юкина Виктория Игоревна

Россия, Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент Аракелова Ирина Владимировна

Приоритетным направлением повышения эффективности труда в медицинских организациях является развитие методов управления трудовыми процессами, которые базируются на основе роста мотивации через образование систем стимулов. В системе

трудоу мотивации, в медицинских организациях, можно отметить набор трудовых стимулов, который образует своеобразный характер в отношении всего персонала [2].

Интересы персонала должны обеспечиваться полным набором стимулов, которые оказывают воздействие на их формирование. Также интересы должны быть распределены в соответствии с объемом трудовой деятельности [1].

Сформированные интересы персонала, должны подкрепляться действиями руководителя организации, согласно теории ожидания В. Врума (Vroom V H. Work and motivation. I New York: Wiley, 1994.) и теории ожидания С. Адамса.

На сегодняшний день оценка личных интересов работников становится важным аспектом проблематики их мотивации и стимулирования. Для развития эффективной системы трудовой мотивации на предприятиях необходимо использовать следующие принципы: [3]

1) *Индивидуальность выбора стимулов для персонала.*

Каждый человек несет в себе индивидуальную уникальность. Когда такой человек приходит в медицинскую организацию, выполняет определенную работу, и играет определенную роль, именно таким человеком нужно управлять, помогая ему раскрыть и задействовать свой потенциал в решении задач организации. Для этого требуется создать необходимые условия для его успешной работы, взаимодействия с организационным окружением и решения собственных жизненных проблем.

2) *Гибкость влияния стимулов.*

Умение руководителя уделять внимание тонкостям взаимоотношений с персоналом, а также поставить себя на место другого в различных ситуациях.

3) *Поэтапность преобразования стимула (личностного роста).*

Уникальное умение руководителя трезво оценивать личности персонала, готовность к личностному росту.

В настоящее время ни одна медицинская организация не сможет преуспеть без сотрудников, которые работают в полную силу, без приверженности персонала организации ее целям, миссии и принципам. Главной задачей процесса мотивации персонала, является повышение максимальной самоотдачи и лояльности сотрудников, а так же, общей результативности медицинской организации. Именно поэтому интерес руководителей медицинских организаций, к проблемам мотивации и стимулирования персонала крайне высок и востребован.

В профилактических медицинских организациях здравоохранения, важно учитывать, что даже самая эффективная система мотивации персонала, не сможет способствовать формированию лояльности без «*опыта лояльности*» медицинских сотрудников. *Опыт лояльности* – это базовые ценности, на которых основываются все традиции, установки поведения, а также работы в организациях здравоохранения. *Опыт лояльности*, требует культуру с четкими, неизменными ценностными основами. Здесь возникает вопрос - какие ценности важны именно для управления лояльностью? В настоящий момент, существует достаточное количество технологий и инструментов, влияющих на лояльность персонала, однако в силу сложившихся российских стереотипов, либо российского менталитета, государственные учреждения здравоохранения не применяют их в полной мере. Стоит понимать, что вовлеченность сотрудников необходимо постоянно поддерживать и повышать, особенно во время реформирования системы [4,5].

Международная исследовательская сеть Factum Group разработала специальную методику для исследования человеческих ресурсов — HRA (*Human Resources Analysis*). Эта система предназначена для оценки степени удовлетворенности персонала. Методика позволяет выявить основные факторы, которые влияют на мотивацию и поведение сотрудников. Методика была апробирована в ряде компаний Центральной и Восточной Европы. Главным преимуществом данной методики является возможность сегментировать работников компании по различным основаниям (демографическим, социальным, психологическим и т. п.). Группы различаются не только по уровню квалификации и наличию

профессионального опыта, но и по отношению к работе, уровню лояльности компании и т. д. Это позволяет выделять группы наиболее перспективных сотрудников и давать рекомендации по работе с ними.

Рассмотрим пример данной методики.

Коммерческая организация, предоставляла своим сотрудникам хороший компенсационный пакет. При проведении исследования по данной методике, определяли уровень удовлетворенности компенсационным пакетом в целом по организации. Был получен средний индекс удовлетворенности. У руководства возник вопрос: следует ли пересматривать структуру компенсационного пакета для того, чтобы удержать ключевых сотрудников? Проанализировав степень удовлетворенности работников, отнесенных к различным сегментам (типам), было выявлено, что люди по-разному оценивают привлекательность «пакетных благ». Это говорит о том, что в данной компании пересматривать компенсационную систему нецелесообразно, поскольку основную часть недовольных сотрудников, составляют, отнесенные к наименее желательным для организации типам.

Отсюда можно сделать вывод, что данная методика исследования человеческих ресурсов — HRA (*Human Resources Analysis*), носит уникальный характер и может применяться в практике медицинских организаций.

Подводя итог, отметим, что действующим приоритетным направлением повышения эффективности труда в медицинских организациях является развитие методов управления трудовыми процессами, которые базируются на основе роста мотивации через образование систем стимулов. В профилактических медицинских организациях здравоохранения, важно учитывать, что даже самая эффективная система мотивации персонала, не сможет способствовать формированию лояльности без «*опыта лояльности*» медицинских сотрудников. Для оценки степени удовлетворенности персонала в медицинских организациях, можно использовать уникальную эффективную методику исследования человеческих ресурсов — HRA (*Human Resources Analysis*), которая на практике в медицинских организациях в настоящее время ещё не применялась.

Список литературы

1. Бычин В. Б. Персонал в управлении радикальными нововведениями в организации: монография / В. Б. Бычин. — М.: Изд-во «Информ-Знание», 2013. 400 с.
2. Забелина О. В., Асалиев А.М Непрерывное образование как фактор экономического и социального развития страны// Экономика устойчивого развития. Региональный научный журнал. — Краснодар: Краснодарская региональная общественная организация «Общественная академия инновационного устойчивого развития», 2012. № 9. С. 210–216.
3. Оучи У. Методы организации производства: theory Z: японский и американский подходы / У. Оучи; Сокр. пер.с англ. В. В. Вышинской, Г. А. Котий; Под ред. Б. З. Милытера, И. С. Олейника. — М.: Экономика, 2014. — 184с.
4. Файзханова А.Л. Развитие конкурентных преимуществ лечебно-профилактических учреждений на основе программы лояльности // Актуальные проблемы экономики и права. – 2013. – № 4. – С. 191–197.
5. Химич Ю.С. Формирование лояльности персонала компании // Российское предпринимательство. — 2012. — № 1 (199). — с. 114-118.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Синенко Татьяна Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Соболева Светлана Юльевна

Повышение качества медицинской помощи в условиях реформирования относится к одним из приоритетных направлений развития здравоохранения. Качество оказания медицинской помощи населению во многом зависит от слаженной работы хорошо подготовленных медицинских работников, особенности труда которых связаны с высокой степенью нервно-эмоционального напряжения, дефицитом времени для принятия решения и высокой профессиональной ответственностью. Поэтому сегодня управление персоналом в медицинской организации является ключевым фактором успеха и становится стратегической функцией, нацеленной в значительной степени на предупреждение проблем, а не на их решение.

Проведение объективной оценки персонала является неотъемлемой частью работы руководителей и кадровых служб учреждений здравоохранения, которая возникает по ряду причин: контроль над результатами выполненной работы, коррекция качества предоставляемых медицинских услуг, решение вопросов, связанных с обучением персонала, подбор и отбор сотрудников и т.д. Как отмечают специалисты, чаще всего оценка труда сотрудников медицинского учреждения необходима для решения вопросов, связанных с материальным стимулированием, частотой и величиной различных выплат [1].

В своей работе мы придерживаемся той точки зрения, что оценка персонала в сфере здравоохранения должна быть направлена на решение таких важных и актуальных проблем как создание действенных, организационно подготовленных условий, направленных на возможность профессионального роста врача, мотивацию труда, формирование благоприятного социально-психологического климата, решение вопросов врачебной этики [2], [4].

Управление персоналом в медицинской сфере имеет свои специфические особенности, обусловленные влиянием следующих факторов:

- выполнение медицинскими работниками важной миссии – спасение жизни и сохранение здоровья людей;
- необходимость обеспечения верного психологического контакта в процессе профессиональной межличностной коммуникации;
- постоянное технологическое усложнение выполняемых работ, требующее систематического повышения как медицинской, так и управленческой квалификации;
- психологическая напряженность работы.

Поэтому оценка персонала представляется эффективным инструментом, позволяющим оценить кадровый потенциал организации. В настоящее время данному элементу системы управления уделяется все большее внимание, что подтверждается проведением значительного количества таких мероприятий по оценке персонала, как разработка методик оценки деловых и личностных качеств работников, создание специализированных центров по оценке персонала, отработка эффективных механизмов замещения управленческих должностей, проведение аттестации и т.д.

Понимая под оценкой персонала медицинского учреждения деятельность по установлению степени пригодности сотрудника к выполнению возложенных на него обязанностей, следует особо обратить внимание на факт соблюдения определенной оценочной технологии. Это означает, то, что, во-первых, требования к качествам оцениваемого работника должны быть четко сформулированы, во-вторых, критерии оценки разрабатываются высококвалифицированными экспертами. Третье условие заключается в необходимости соблюдения принципов открытости и доступности применяемых методов оценки.

Медицинское учреждение со сложной структурой нуждается в централизованной системе оценки, чью необходимость будут понимать не только руководители, но также среднее и низшее звено управления. Результаты полученной оценки должны быть доступны для оцениваемого, чтобы он мог увидеть, как отражается полученная оценка его работы на зарплате, карьере и других показателях.

Наиболее распространенной формой оценки персонала является аттестация, которая представляет собой специальное управленческое мероприятие, периодически проводимое в полном соответствии с российским трудовым законодательством [3].

Изучая различные методы оценки медицинских работников, мы пришли к заключению, что все они интересны и применимы на практике. Каждый из методов имеет свои, как недостатки, так и преимущества:

1. оценочные листы (анкетные методы) позволяют получить наиболее объективный результат о качестве работы сотрудника посредством его самооценки, отзывов коллег и вердикта руководителя;
2. сравнительные методы (рейтинги и ранжирование) определяют общий рейтинг сотрудников на основании определенных критериев;
3. метод интервью применим в медицинской организации на этапе приема сотрудника, а также при поручении новой значимой работы;
4. тестирование – позволяет определить уровень профессиональной квалификации сотрудника;
5. система «360 градусов» позволяет провести комплексную оценку сотрудника, исключив при этом субъективный характер оценки;
6. метод «светофор» позволяет установить эффективную взаимосвязь между уровнем профессионализма медицинского работника и материальной мотивацией.

Можно сделать вывод, что в практике управления персоналом медицинского учреждения, не существует такого способа, который удовлетворял бы всем требованиям, призванным обеспечить системность и комплексность проводимой оценки. В данном случае важным является выбор такого метода, который бы отвечал потребностям, целям и задачам организации, позволил получить более полный и достоверный результат проводимой процедуры, как для руководителей, так и для самого работника, раскрыть потенциал каждого сотрудника.

Таким образом, оценка занимает одно из важных мест в системе управления персоналом медицинского учреждения. Она дает возможность измерить результаты труда, уровень профессиональной компетенции, оценить потенциал трудовых ресурсов. Исходя из этого, важным является соблюдение требований к проведению данной процедуры.

Список литературы

1. Кукушкин В.А., Курдюкова И.А., Платонова М.Н. Создание системы оценки деятельности медицинского персонала / Медицинская сестра. – 2011. - №3. – С. 25 – 29.
2. Чугунова Н.А., Геащенко М.М., Ланская Д.В. Оценка качества и эффективности деятельности персонала в медицинских учреждениях / Проблемы становления общества и экономики, основанных на знании: неоиндустриализация и методы исследования. Сборник научных статей молодых исследователей. Краснодар, 2016. – С. 86 – 98.
3. Евдокимова Е.Г. Применение методов оценки работы персонала организации здравоохранения для повышения качества медицинской помощи // Экономические и гуманитарные науки. – 2015. - №2. – С. 34 – 41.
4. 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

EVENT – МЕНЕДЖМЕНТ КАК СПОСОБ МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Пятибратова Анна Юрьевна

Россия, Волгоградский институт управления – филиал РАНХиГС

Научный руководитель: д.э.н. Коробов Сергей Александрович

На сегодняшний день всё большее число руководителей организаций разного уровня залогом успеха считают не только прогрессивное развитие и максимальное повышение эффективности использования потенциала организации, а также и то, насколько развит и сплочен коллектив.

Актуальность рассматриваемой темы характеризуется рядом причин, которые имеют очень большое значение в современном обществе.

Во-первых, направление event-менеджмент в России начало своё развитие совсем недавно, примерно в 1800-х годах, когда активно началась продажа билетов на различные спортивные мероприятия. А, как известно, принятие чего-то нового влечёт за собой последствия, рассмотрение которых значимо для любой организации. Одним из известных event-менеджеров считается Дж. Голдблатт. Его заслугой является введение event-менеджмента как самостоятельной науки и профессии, создание сертификационной программы в этой сфере, а также создание Международного сообщества event-менеджмента [1].

Во-вторых, основу функционирования любой организации составляют люди, поэтому анализ человеческого фактора и влияние на него элементов мотивации и стимулирования играет важную роль.

Социально-психологический аспект деятельности фирм начал рассматриваться ещё в 50-х гг. XX века с появлением школы поведенческих наук. Свое название школа получила от широко известных психологических терминов «бихейвио», «бихейвиоризм» (поведение, наука о поведении). Среди последователей этой концепции следует отметить: Р. Лайкерта, Ф. Герцберга, А. Маслоу, Д. Макгрегора и др [2, с. 195]. Основной идеей школы поведенческих отношений считается укрепление значимости человеческого фактора и рассмотрение его как основного и одного из самых важных элементов эффективного управления. Целью, которую ставили перед собой сторонники данного направления, является повышение эффективности управления человеческими ресурсами. Все принципы, разработанные школой поведенческих отношений, не теряют своей значимости и сегодня.

Таким образом, в связи со стремительным изменением внешней среды, постоянным увеличением уровня труда медицинского персонала вопросы, связанные с разработкой эффективных систем мотивации и стимулирования, в том числе event-менеджмент, играют важную роль, и поэтому требуют тщательного изучения.

В соответствии с выделенными тенденциями цель данной работы заключается в анализе событийного менеджмента и изучение специфики его функционирования и влияния на систему мотивации и стимулирования медицинского персонала.

На сегодняшний день event-менеджмент или событийный менеджмент (от англ. event — «событие») определяется как комплекс мероприятий по созданию корпоративных и массовых событий. Это явление общественной жизни, организуемое с целью привлечь внимание конкретной аудитории и широкой публики к организации, ее деятельности, руководству, развитию социального партнерства. Все эти направления деятельности отвечают целям и задачам, как рекламной деятельности, так и внутрикорпоративным коммуникациям в организации.

При осуществлении управления, прежде всего, следует учитывать и удовлетворять интересы и потребности не только самой организации, но и тех людей, которые работают на её общую цель. Поэтому вопросы, связанные с разработкой эффективных систем мотивации и стимулирования персонала организации, считаются весьма актуальными.

Однако выбор и использование систем мотивации и стимулирования связан с определенными проблемами и трудностями. Среди важнейшей причины выделим получение сотрудниками такого вознаграждения, которое не только соответствовало их ценности для организации, но и основывалось на индивидуальных стимулах, включающих в себя социальные, профессиональные и психологические характеристики каждого сотрудника.

Деятельность руководства по вопросам, связанным с разработкой систем мотивации и стимулирования должна быть построена таким образом, чтобы развивать способности сотрудника как социального субъекта, а также давать возможность проявлять свою творческую активность. Все это позволяет эффективно использовать event – менеджмент в работе медицинского учреждения, поскольку успех любого мероприятия зависит от субъективного восприятия участников, а результат события обесценивается в том случае, если событие проходит незамеченным.

Событийный менеджмент можно считать технологией доведения нужной информации до сотрудников организации, воздействия на аудиторию с целью побуждения к действиям в нужном направлении. Он является составной частью коммуникационного менеджмента и реализуется с помощью целевого воздействия на аудиторию со стороны целевых групп.

Специальные события можно классифицировать по следующим типам: рабочие мероприятия, фокусирующиеся на обмене информацией и знаниями; информативные мероприятия, представляющие собой обобщающие типы событий, реализующиеся в виде развлекательных программ с целью достижения более высокой активности и восприимчивости аудитории; мероприятия, ориентированные на организацию свободного времени [3, с.76].

Event-менеджмент занимает значительное место среди всех компонентов эффективных систем мотивации и стимулирования, поэтому внимание к его функционированию может сыграть значительную роль в развитии предприятия и лояльного отношения сотрудников к руководству.

Резюмируя всё вышесказанное, можно сделать вывод о том, что event-менеджмент позволяет в процессе подготовки и проведения событий реализовывать самые разные потребности персонала организаций (в признании, в лидерстве или в творчестве). Именно поэтому сегодня так популярен творческий вклад рядовых сотрудников в подготовку самых разных мероприятий, что позволяет любому сотруднику получить признание коллег и проявить себя с самой неожиданной стороны, не меняя должности и содержания своей деятельности.

Реализуя все вышеперечисленные события, руководитель организации, обеспечивает как сотрудникам, так и себе уверенность в завтрашнем дне, развивает чувство защищенности и преданности, что непосредственным образом сказывается на эффективности и качестве работы.

Можно сделать вывод, что event-менеджмент является неотъемлемым звеном в развитии любой организации. Именно с помощью него организация воздействует на целевые группы с целью обеспечить каждому чувство значимости, сопричастности к общему делу, формирует корпоративную сплоченность. Это в свою очередь положительным образом сказывается на взаимодействии и с населением в целом, обеспечивая, таким образом, их качественное и эффективное функционирование.

Список литературы

1. Кравченко А. И., История менеджмента: Учебное пособие для студентов вузов. — М.: Академический Проект, 2000. — 352 с.
2. Лизунова И.В., История управленческой мысли: учеб. пособие / И.В. Лизунова. – Новосибирск: СГГА, 2013. – 291 с.
3. Федоров К. Подходы к Event -менеджменту. - СПб.: Питер, 2012. – 321 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВОВОГО ПРОСТРАНСТВА КОМПАНИИ КАК УСЛОВИЕ МОТИВАЦИИ ТРУДА ПЕРСОНАЛА

Ильченко Павел Владимирович

Научный руководитель: д.э.н. Медведева Людмила Николаевна

Аннотация Профессиональное становление молодых специалистов – непрерывный процесс приобретения личностью профессиональной компетентности, выражающейся в саморазвитии и самореализации. В больших компаниях эти процессы организуются с формированием корпоративной культуры. Возрастающая роль правовой культуры в обществе требует повышенного внимания к средствам ее формирования и развития в организации.

Ключевые слова: водитель, молодой специалист, правовая культура, уважением на работе, профессиональная подготовка, логистика

Решением ФИФА чемпионат мира по футболу в 2018 году пройдет в России и одним из городов, который примет гостей и участников соревнования будет Волгоград, крупнейший промышленный, транспортно-логистический центр России. «Феномен "Магнитовской" сцепки» так называют ставших знаменитыми тандемными автопоезда, принадлежащих крупнейшему российскому ритейлеру – сети "Магнит" Сеть магазинов «Магнит» являются важнейшими структурами обеспечивающими население продуктами питания. Значит их вклад в проведение чемпионата мира по футболу будет ощутим. Сегодня в парке сети "Магнит" трудится 6000 грузовиков марки MAN. Автомобили именно этой марки являются абсолютными доминанты в структуре транспортных подразделений "Магнит".

В 2017 году конфигурация "Магнитовских сцепок" стала обслуживать магазины по новой логистической схеме: появились крупные распределительные центры, что позволило плечо доставки товаров значительно сократить [1]. Средний возраст водителей, работающих на грузовиках –35 лет. Это самый перспективный и трудоспособный возраст работников для любой компании.



Рисунок 1 - Автомобиль MAN «Schmitz Cargobull», работающий в компании «Магнит»

Профессиональное становление молодых специалистов – непрерывный процесс приобретения личностью профессиональной компетентности, выражающейся в саморазвитии и самореализации. Возрастающая роль правовой культуры в обществе требует повышенного внимания к средствам ее формирования и развития в самой компании [2].

Собраться в дорогу - это здорово, но быть в пути и приносить радость людям - ради этого стоит жить, так думают многие молодые водители компании «Магнит». У известного русского писателя Л.Толстого есть высказывание, что «каждый думает, как изменить мир, но

мало задумается над тем как изменить себя». Сформированный имидж компании во многом зависит от конкретных людей, работающих в ней, от их душевного настроения. Часто водители задают вопрос? Как же правильно оценить себя в компании, как воплотить свои задумки в конкретные дела, полезные и значимые для общества. Дело не простое. Каждый человек живет своей внутренней жизнью, в которой существуют собственные убеждения, устремления и мечты, и понятия о счастье.

Известно, что принимаемые решения являются продолжением той реальности, которая сформировалась внутри нас с момента рождения и тем правовым пространством в котором мы живем [1,3]. Зачастую, человек может прожить всю жизнь, не понимая глубину процессов, которые управляют его слова и действиями. Интуитивно он чувствует, что нужно и важно для реализации права на лучшую жизнь. Первоначально кажется, что жизнь, это «чаша» полная развлечений, а потом приходит осознание, что труд и получение одобрения окружающих - большое счастье. Мы говорим, что виноваты в наших бедах другие люди, а потом выясняется, что нет, ты сам, постоянно откладывал дела на завтра, не добиваясь поставленной цели. Зачастую, кажется, что если бы была другая работа, другая машина, был бы более удовлетворен свой жизнью, а потом, видишь, что вещи не всегда дарят счастья, а истинное счастье где-то глубоко внутри, в ощущениях. Водители говорят, что мечты сбываются у тех, кому везет, но стоит поверить в свою мечту, и удача обязательно не заставит себя ждать. Важно понять, что и кто руководит твоим поведением. Кто ты сегодня: «Мечтатель» «Мыслитель», «Актер», «Воин», каковы цели, источники реализации задуманного.

Таблица 1– Роли, которые, по ощущениям может выполнять молодой водитель

Роль	Цель	Источник	Реализация
Мечтатель	Чего хочу?	Интуиция	Стратегия
Мыслитель	Мое мнение	Здравый смысл	Логика
Актер	Каков уровень доверия?	Эмоции	Контакт
Солдат	Какого курса придерживаться?	Сила воли	Позиция

Молодой водитель может быть и мыслителем, и солдатом, но быть одновременно и тем и иным не получится. Если в определенный момент ты раздражаешься или становишься недоверчиво осторожным, то можно с уверенностью сказать – что совершаешь проступки, о которых будешь в последствие сожалеть. Важно, чтобы водитель мог иметь внутри себя «некого» внутреннего наблюдателя, который позволял ему выстраивать свои действия с мнением окружающих. Лучший способ понять: кто есть кто на данном отрезке времени, руководству компании необходимо формировать внутреннюю правовую культуру, через совместные мероприятия и тренинги [2,5].. Ещё одна важная сторона корпоративных отношений - это мир слов и выражений. В каждой работе есть свой определенный *сленг* (англ. *slang*) - набор особых слов, употребляемых водителями. За годы развития автомобильного транспорта он прочно вошел в повседневную жизнь, приобрел своих сторонников и противников. Многие сленговые слова имеют английское происхождение, так выражения: *step on it* (поторапливайся), «step on the gas» (жми на газ) появились ещё в середине XX века, но стали привычным атрибутом большинства людей нынешнего века. В повседневный обиход прочно вошло и такое выражение: *back-seat driver* (пассажир, сидящий за водителем, и дающий непрошенные советы). Нарушителей дорожного движения стали называть - *scofflaw* (злоумышленник).

У российских водителей сформировался свой «дорожный» сленг. Различные марки автомобилей имеют в обиходе свои сложившиеся прозвища: Мерседес G-класса стал квадратом, Ситроен С3 - голубым шариком, ВАЗ 2108-099 – зубило, Тойота лендкрузер – кукурузер, Ford Fusion – фунтик, Mazda 3 –матреха, Hyundai Tucson – тушкан. Водителю важно владеть международным языком общения - английским, который помогает лучше

ориентироваться в дорожной обстановке. «*Не знать плохо, не хотеть знать - еще хуже*» («*Not to know is bad, not to wish to know is worse*). В преддверии чемпионата мира по футболу молодому водителю просто необходимо овладеть некоторыми английскими выражениями: «**Hi!**» и «**Hello!**», которые можно использовать в любой ситуации; обращаясь к коллеге или партнеру можно сказать: «**Have a good day**» (хорошего дня).

В словарик английских слов столь необходимых для общения на дороге, могут войти и такие слова:

<i>Excuse me, ...</i>	<i>Прошу прощения, ...</i>
<i>Where is ...?</i>	<i>Где находится ?</i>
<i>How do I get to ... ?</i>	<i>Как пройти / проехать до ?</i>
<i>the closest gas station</i>	<i>ближайшая автозаправочная станция</i>
<i>a car park / parking lot</i>	<i>парковка</i>
<i>Turn left.</i>	<i>Поверните налево.</i>
<i>Take a right.</i>	<i>Поверните направо.</i>
<i>Go straight ahead.</i>	<i>Идите / езджайте прямо.</i>
<i>(I'm) Sorry, I don't know.</i>	<i>Извините, (я) не знаю.</i>
<i>when you get to...go...</i>	<i>когда доедите до ..., езджайте ...</i>
<i>pedestrian crossing</i>	<i>пешеходный переход</i>
<i>main road</i>	<i>главная дорога</i>

Лучшим помощником водителю на дороге могут стать шесть простых вопросов: What, When, Why, Who, Where and How. Для водителей компании «Магнит» эти простые вопросы могут выглядеть так:

Кто твой собеседник (клиент)?

Что ты ему можешь сказать о компании?

Когда и **Где** необходимо передать груз?

Как узнать, довольны ли вы качеством нашей работы?

Почему следующий раз вы заходите снова с нами работать?

Ещё одно незыблемое правило, которое должен знать каждый водитель компании: никогда, никуда не опаздывать. Ведь клиенты, получатели и отправители груза очень ценят время, любое опоздание, даже уважительное, может плохо отразиться на имидже компании. Все забудут про опоздавшего водителя, но будут помнить компания, в которой он работает. При встрече с клиентами очень важно вести беседу сдержанно, не повышать тона, даже если вам кажется, что они делают работу медленно и не стараются. Если водитель приехал в компанию заказчика первый раз, то необходимо дать почувствовать людям, какие они замечательные, как он рад, что сегодня привез груз именно им. Ещё один способ наладить взаимоотношения с клиентами – найти в процессе разговора что-то общее. Например, интерес к спорту, музыке, автомобилям, домашним животным.

Установившееся взаимопонимание позволит водителю в следующий раз выполнить работу быстрее. В большинстве своем люди тянутся к тем, кто окружен позитивной энергией. Вежливость - доминанта любого успеха, особенно водителей. **Ещё один из важных атрибутов имиджа - одежда. Она должна быть опрятной, соответствовать фирменному стилю, ведь водители компании «Магнит» являются основными информаторами клиентов об атмосфере, которая сложилась в трудовом коллективе [4,5].**

Через общение можно очень многое узнать о компании и создать или изменить свое мнение о ней. Успешность деятельности современной компании во многом зависит от сплоченности персонала, доверительных, заинтересованных отношений между руководством и сотрудниками. Что хотят современные водители: получать хорошее вознаграждение за труд, работать без нервозности, иметь хорошие отношения с коллегами по работе и уважение со стороны руководства, удовлетворение от хорошо выполненной работы и признание общественно значимого труда, иметь возможность проявить себя.

Водителю очень хочется, чтобы в компании помнили о его дне рождения, его семье и близких ему людях [1,2,5,6].

Список литературы

1. Партнерство MAN, Schmitz Cargobull и ритейлера "Магнит" <https://mpark.pro/pulse-of-industry/305-man-and-magnit-history-of-partnership.html>
2. Бородина М.И. Государственные основы формирования правовой культуры населения. Технологии формирования правовой культуры в современном образовательном пространстве: материалы Всероссийской научно-практической конференции. Волгоград, 2-3 ноября 2015 г.
3. Medvedeva L N. Green Technologies: The Basis for Integration and Clustering of Subjects at the Regional Level of Economy // L. N. Medvedeva, Viktor V. Melikhov, Alexey A. Novikov, Olga P. Komarova // Integration and Clustering for Sustainable Economic Growth. Издательство: Спрингер. – 2017. – pp. 365-382
4. Миловидов В. Услышать шум волны: что мешает предвидеть инновации?/ Форсайт. 2018. т. 12 № 1. С.88-97
5. Савельев А.И. Электронная коммерция в России и за рубежом: правовое регулирование. 2-е изд. М.: Статут, 2016; СПС "КонсультантПлюс".
6. Lyudmila N. Medvedeva. Green Technologies: The Basis for Integration and Clustering of Subjects at the Regional Level of Economy / Viktor V. Melikhov, Alexey A. Novikov, Lyudmila N. Medvedeva, and Olga P. Komarova // Integration and Clustering for Sustainable Economic Growth , Volgograd RUSSIA, MAR 17-19, 2016. 2017. С. 365-382
7. Mikhail A. Timoshenko Rational Environmental Management: The Platform for Integration and Optimization of Resources / Mikhail K. Starovoytov, Lyudmila N. Medvedeva, Konstantin Y. Kozenko, Yana M. Starovoytova, Gennady I. Lukyanov, and Mikhail A. Timoshenko // Integration and Clustering for Sustainable Economic Growth , Volgograd RUSSIA, MAR 17-19, 2016. С. 347- 363

УДК 65.012.7

НЕМАТЕРИАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Павлова Олеся Александровна

Россия, Волгоградский институт управления РАНХиГС

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

Мотивация персонала является основным способом оптимального использования человеческих ресурсов. Основная цель процесса мотивации в здравоохранении - это получение максимальной отдачи от использования имеющихся трудовых ресурсов, что позволяет повысить общую результативность деятельности медицинской организации. Вопрос управления трудовой мотивацией медицинских работников приобретает особую актуальность в современных российских условиях.

Авторитетное медицинское издание Lancet в мае 2018 года опубликовало исследование, посвященное качеству и доступности здравоохранения в 195 странах и субнациональных территориях мира. На основе данных исследования изданием был составлен рейтинг систем здравоохранения стран мира. Россия в нем занимает 58 место [1]. Это далеко не худший показатель, но все же стоит отметить, что здравоохранение в России находится на низком уровне. Причин такой ситуации достаточно много, но особое внимание стоит уделить недостаточному финансированию и неэффективному управлению в сфере здравоохранения. На наш взгляд, эти причины необходимо рассматривать вместе и при поиске решений не отрывать их друг от друга.

Так, для повышения результативности труда каждого сотрудника необходимо наличие как материальных, так и нематериальных методов мотивации. В условиях недостаточного финансирования здравоохранения на первый план следует вынести методы нематериальной мотивации. В связи с этим также обратим внимание на тот факт, что материальная мотивация

является “ненасыщаемой”, то есть тот уровень оплаты, который еще вчера мотивировал работника на высокую производительность довольно быстро теряет свою побудительную силу. В данном исследовании приведены, по нашему мнению, наиболее применимые и эффективные методы нематериальной мотивации труда работников сферы здравоохранения.

Внимание руководителя. Внимание может быть трех видов: отрицательным, нулевым или положительным. Так, нулевое внимание - отсутствие какого-либо внимания. Отрицательное внимание – то внимание, которое уделяет своим подчиненным руководитель, в случае, если они провинились, совершили ошибку. Мотивирующее действие имеет только положительное внимание. Это то внимание, которое уделяет подчиненным руководитель в ситуации, когда они достигают успехов в трудовой деятельности. Это может быть устная похвала или, например, вручение благодарственного письма [2].

Общественное признание в качестве метода мотивации может быть выражено в виде размещения положительных отзывов пациентов на информационном стенде медицинского учреждения или в специальном разделе на сайте. Публичное признание заслуг повышает заинтересованность работника, так как позволяет ему чувствовать свою ценность и как специалиста в своей области, и как сотрудника конкретного учреждения. Публичное выражение признательности - один из самых легких и одновременно эффективных способов поощрения персонала.

Информированность - метод мотивации, основанный на систематическом обеспечении персонала организации сведениями о целях, текущей ситуации и результатах деятельности организации. Она имеет особую важность для сотрудников, так как дает уверенность в том, что руководство имеет план действий. Плохая осведомленность работников о том, что происходит в организации, о перспективах решения острых проблем, особенно если они затрагивают их интересы, не только ухудшает психологический климат, но и отрицательно сказывается на трудовой мотивации персонала.

Привлечение подчиненных к участию в управлении - метод мотивации, предполагающий совместную деятельность персонала на различных уровнях управления - группах, подразделениях, организации в целом. Данный метод мотивации можно применять очно, когда сотрудник высказывает свои идеи устно или письменно, а также заочно – путем создания банка идей. Поступая таким образом, руководитель использует возможность показать работникам их ценность для организации, для себя же он гарантирует поступление достоверной исходной информации в процессе принятия решений. Причина в том, что персонал лучше осведомлен о ситуации, так как непосредственно осуществляет деятельность медицинского учреждения, взаимодействует с пациентами, поэтому способен видеть лучшее решение возникающих проблем. Таким образом, вовлечение сотрудников в процесс принятия решений способствует повышению качества принимаемых решений [3]. А если предложения не только выслушаны, но еще и внедрены, то работник почувствует свою значимость, что повысит его мотивацию к труду и лояльность к руководству.

Рост по карьерной лестнице. Он привлекателен для любого сотрудника, в том числе и медицинского учреждения, потому, что влечёт сразу несколько положительных последствий. К таковым можно отнести: повышение заработной платы, улучшение условий труда, почёт и уважение окружающих и др. В то же время как специалист он понимает, что для успешного продвижения по карьерной лестнице он должен отвечать сразу ряду критериев, таких как уровень образования, квалификация, профессиональная компетенция, умение адаптироваться в экстремальных условиях [4]. Это повысит его мотивацию к саморазвитию и более качественному выполнению своих трудовых функций.

Предоставление дополнительного отпуска (дней отпуска) - метод мотивирования, состоящий в поощрении работника дополнительным нерабочим временем, оплачиваемым работодателем. Дополнительное нерабочее время может быть предоставлено однократно, или с установленной продолжительностью и периодичностью [5].

Следует отметить, что не существует универсальной системы мотивации. В одном учреждении, коллективе большой мотивационный эффект будут иметь одни методы, в другом

- иные. В каждом конкретном учреждении необходимо разработать эффективную систему мотивации, подходящей именно для него. Главная опасность состоит в том, что применение какой-либо стандартной системы может привести к обратному эффекту и поспособствовать демотивации сотрудников.

На наш взгляд, решение этой проблемы стоит начать с социологического опроса работников медицинского учреждения, позволяющий определить их ценностную ориентацию и определить силу факторов мотивации. Тем не менее, система мотивации должна учитывать не только потребности работников. В большей степени она должна способствовать достижению целей учреждения.

Список литературы

1. Lozano, R. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations [Electronic resource] / R. Lozano // Lancet - 2018. - URL : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2>.
2. Евплова, Е.В. К вопросу о материальной и нематериальной мотивации персонала / Е.В. Евплова // Ученые записки Орловского государственного университета. - 2014. - № 2. - С. 37-39.
3. Багирова, И.Х. Мотивация персонала в условиях кризиса / И.Х. Багирова // Вестник Томского государственного университета. Экономика. - 2011. - № 4. - С. 83-88.
4. Тешев, В.А. Карьерный рост как фактор мотивации персонала / В.А. Тешев, М.А. Оганнисян // Вестник Адыгейского государственного университета. - 2016. - № 4. - С. 197-200.
5. Кибанов, А.Я. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности : учеб. / А.Я. Кибанов, И.А. Баткаева, Е.А. Митрофанова ; под ред. А.Я. Кибанова. - М.: ИНФРА-М, 2010. - 524 с.

9. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

УДК 331.103.4

НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Объедкова Лариса Викторовна, Черкесова Олеся Жардимгалиевна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н. Объедкова Лариса Викторовна

Общепризнано, что основным ресурсом организации являются кадры, так как именно они способствуют приведению в действие остальных ресурсов. Отсюда следует, что искусство управления заключается в организации определенной деятельности, при этом оптимально используя имеющийся человеческий фактор. В системе здравоохранения непосредственно медицинскому работнику отведена важная роль, поэтому главной задачей менеджмента в сфере охраны здоровья является управление развитием кадров. На сегодняшний день подбор и прием на работу специалистов подразумевает длительную процедуру, в результате которой планируется получить работника, который не захочет уволиться через несколько месяцев. Однако, по данным статистики, именно в первые три месяца покидает организацию большое количество молодых специалистов. Основная причина прежде всего состоит в несовпадении реальности и ожиданий, а также сложность интеграции в новую организацию. Отсюда следует, что важная роль в системе управления персоналом занимает адаптация. Адаптация молодых специалистов в медицинской сфере является актуальной проблемой не только учреждений данной сферы, но и других организаций. Однако благодаря эффективной хорошо выстроенной системе адаптации персонала осуществляется сохранение и развитие трудовых ресурсов медицинских учреждений.

В системе менеджмента учреждений здравоохранения адаптация представляется как взаимное приспособление работника и организации, основывающееся на постепенной вработываемости сотрудника в новых профессиональных, социальных и организационно-экономических условиях труда. Как правило выделяют два направления трудовой адаптации: первичную (молодой специалист без опыта) и вторичную (специалист, имеющий определенный стаж в данной сфере) [1].

Адаптация понимается как сложный и обоюдный процесс восприятия, оценки и приспособления как нового сотрудника к предприятию, так и предприятия к работнику [2].

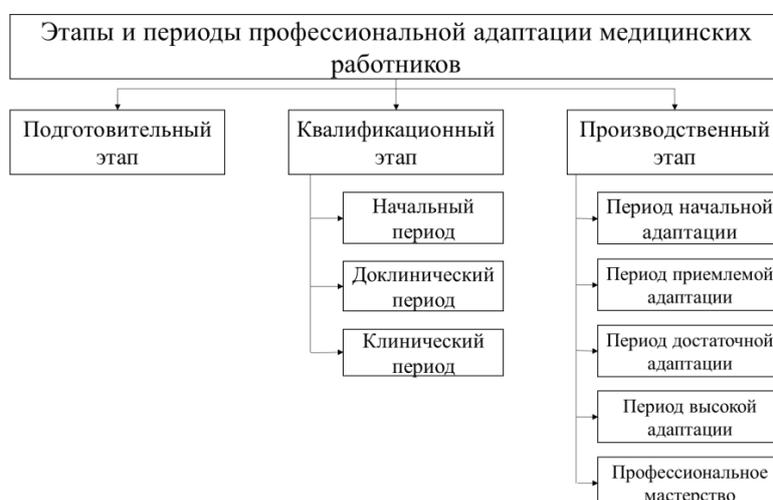
Адаптация персонала в организациях медицинской сферы имеет свои особенности, которые детерминируют построение системы адаптации. Основными особенностями организаций медицинской сферы являются стрессовые условия труда при высокой ответственности за жизнь и здоровье клиентов. Особая организация труда, которая предполагает автономность работы отдельно взятого врача и его младшего медицинского персонала, затрудняет построение единой системы адаптации по всей организации [2] (рис.1).



Рис. 1. Формальные и неформальные составляющие организации труда в процессе адаптации медицинского персонала.

Для медицинского персонала в процессе адаптации немаловажную роль играют методы, применяемые в организации. Они могут быть самыми разнообразными, каждый из которых представляет собой набор определенных действий, приемов и способов. Одним из таких методов является наставничество, который на сегодняшний день продолжает быть самым эффективным средством передачи знаний и навыков «новичкам». В Европе используют более широкий термин – «менторинг», что подразумевает достижение отдаленной цели – развитие кадрового резерва [3]. Современными методами адаптации являются тренинги и коучинги. Тренинги чаще проводятся в форме семинаров, а коучинг подразумевает поддержку молодого специалиста успешной личностью. В процессе адаптации можно выделить несколько этапов: подготовительный, квалификационный, производственный, каждый из которых имеет свои особенности [4].

В качестве примера рассмотрим процесс адаптации крупнейшей частной медицинской компании «ИНВИТРО». Обучение новых сотрудников начинается с адаптационного тренинга, который помогает войти в должность, познакомиться с компанией, коллективом, понять, как в ИНВИТРО устроены бизнес-процессы. В ходе тренинга новички знакомятся с историей создания компании, миссией, целями, принципами работы, структурой и рабочими связями, корпоративной жизнью и др. В ИНВИТРО активно применяется онлайн-обучение. В первую очередь eLearning необходим для оценки персонала. Также они используют два направления: вебинары и готовые онлайн-курсы. В первом случае необходимость возникает, когда нужно донести общую информацию до большого количества работников (например, появилась новая



программа лояльности и т.д), во втором – когда курс необходимо назначить конкретным сотрудникам.

Особо следует отметить, что вопросы адаптации носят государственное значение, закрепленные в нормативных документах как федерального, так и регионального уровня. Вопросы адаптации являются частью государственной политики в сфере здравоохранения, но в большей степени они реализуются на уровне региона. На рисунке 3 представлено распределение врачей и среднего медицинского персонала по годам.

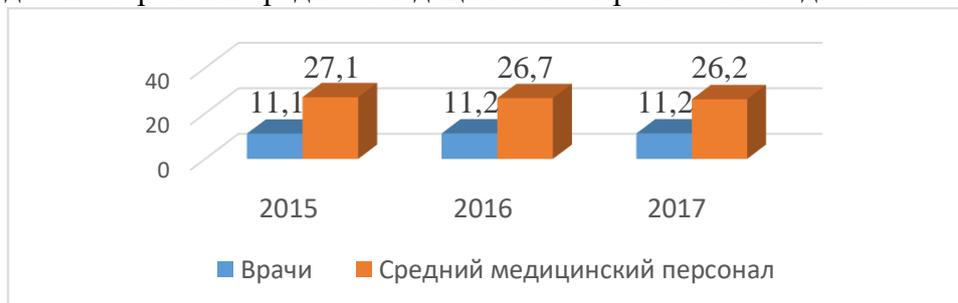


Рис. 3. Распределение численности врачей всех специальностей и среднего медицинского персонала за 2015-2017 гг.

Таким образом, на сегодняшний день процесс адаптации занимает важное место в системе управления персоналом не только медицинских учреждений, но и организаций других сфер. Адаптации медицинских работников зависит от многих факторов. В первую очередь адаптация решает задачу развития трудового потенциала работников в медицинских учреждениях. А их руководителям следует данному процессу уделять особое внимание.

Список литературы

1. Кибанов А.Я. Управление персоналом организации: актуальные технологии найма, адаптации и аттестации : учебное пособие / А.Я. Кибанов, И.Б. Дуракова. — 2-е изд., стер. — М. : КНОРУС, 2016. — 360 с.
2. Фролова А. А. Особенности адаптации персонала в медицинской организации на примере Медицинского центра ДВФУ // Молодой ученый. — 2016. — №11. — С. 1040-1043. — URL <https://moluch.ru/archive/115/30394/> (дата обращения: 01.11.2018).
3. Статья «Методы адаптации в организации 2018» — URL: <https://gosuchetnik.ru/kadry/adaptatsiya-personala-metodiki>.
4. Лаптиева Л.Н. Профессиональная адаптация медицинских работников: этапы и их особенности – URL: <https://bakalavr-info.ru/work/506065/Professionalnaya-adaptaciya-medicinskix-rabotnikov>

УДК 65.011.56

К ВОПРОСУ ОБ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Алексеева Наталья Викторовна, Воропинова Ольга Александровна

Россия, Ставропольский государственный медицинский университет

Двадцать первый век – время технологических новинок и бесконечных электронных ресурсов. Информационные системы в последнее время активно используются во всех сферах народного хозяйства, исключением не стали и такие отрасли как образование и здравоохранение [1, с. 77-79]. Наше исследование актуально тем, что электронные ресурсы стали неотъемлемой частью почти каждой профессии.

Цель данного исследования заключается в том, чтобы показать обществу важность применения и изучения электронных ресурсов, которое способствует улучшению оказания медицинских услуг.

Для успешного развития любой отрасли экономики необходимо качественно налаженное информационное обеспечение, однако медицина – сфера особенная. По мнению некоторых специалистов здравоохранения, там, где имеется высококачественная медицинская информация, уровень заболеваемости ниже, а борьба с болезнями эффективнее. Объем

медицинской информации велик, кроме того каждый год к нему добавляется более миллиона изданий, в связи с этим, у специалистов появляются проблемы ориентации в информационном потоке и подбора необходимых источников. На решение данных проблем обращена деятельность систем информационного обеспечения здравоохранения в различных регионах страны [2, с. 44-46].

Данное утверждение дает нам ясно понять, что врачи в постоянном саморазвитии отыскивают информацию для усовершенствования своих навыков. Безусловно, они могут получить ее от коллег, однако таким путем получения информации будет встречаться с множеством проблем, таким образом используются электронные ресурсы.

Информационная система здравоохранения должна, быть сложной по строению, но легкой в применении. Фундаментом системы информационного обеспечения здравоохранения являются статистические данные, результаты социальных опросов, фонды медицинских библиотек, экспертные оценки, распределенные базы данных, результаты маркетинговых исследований, базы данных в сети Интернет, системы сбора и обработки информации. На мировом уровне информационной системой здравоохранения занимается ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения). В помощь к ВОЗ приходят вспомогательные организации. Ведь поток информации невероятно большой и поступающий из всех уголков мира.

У каждой отдельно взятой страны имеются свои методы обработки и передачи информации и ими занимаются отдельные организации. Например, в Латвии и США информационное обеспечение здравоохранения обеспечивают национальные медицинские библиотеки.

В Болгарии и Белоруссии все функции по информационному обслуживанию практических врачей, руководящих кадров здравоохранения, научных работников взяли на себя центры научной медицинской информации.

Немецкий институт медицинской информации и документации в Кельне и Национальный институт здравоохранения и медицинских исследований Франции также являются в своих странах основными центрами медицинской информации.

Информационным обеспечением медицины в Великобритании занимается Национальная служба здравоохранения.

В информационном обеспечении системы здравоохранения России первоочередной целью является достижение мирового уровня и высоких темпов развития медицинской науки и практики. Для осуществления этой цели разделяют следующие подцели: эффективное использование национальных и мировых информационных ресурсов; предоставление полной информации удовлетворение информационных потребностей ученых и специалистов, работающих в сфере медицины и здравоохранения; формирование информационной культуры у медицинских работников; повышение эффективности информационного обмена в рамках системы «фундаментальная наука – прикладная наука – производство».

В современной России отличительной чертой является значительная и не в полной мере удовлетворяемая потребность субъектов Российской Федерации, причем во всех типах информации, все это последствия прекращения работы ранее существовавших и так необходимых сейчас органов медицинской информации, так как они отвечали за работу с регионами. Главная задача региональной подсистемы медицинской информации, получающей все большее значение, заключается в информационном обеспечении разнообразных мероприятий, способствующих улучшению состояния здоровья населения конкретного региона и качества медицинской помощи [3, с. 56-58].

При проведении данного исследования нами были использованы методы, анализа и синтеза, способ сравнения и монографическое обследование, при помощи которых были обработаны литературные источники и интернет ресурсы для составления суждения о проблемах использования во врачебной практике электронных ресурсов.

Таким образом, можно заключить, что система электронных ресурсов очень, важна и необходима для развития как всей системы здравоохранения, совершенствования способов

оказания медицинских услуг, так и улучшения качества оказываемой медицинской помощи [4, с. 109-110].

Использование информационной системы в практике врача, оказывает только положительное влияние на результаты его деятельности. Конечно, она не совершенна, а в ее структуре есть изъяны, но они не так уж значительные. В целом, возникновение электронной информации значительно ускорило и ускоряет процесс познания и развития.

Список литературы

1. Алексеева Н.В., Маршалкина Е.А. Информационно-образовательная среда в системе высшего образования: особенности её реализации / Современные траектории развития социальной сферы: образование, опыт, проблемы, наука, тенденции, перспективы. – 2017. – С. 77-79.

2. Чеченин Г.И., Жилина Н.М., Боловнева О.В. К областной программе информатизации в здравоохранении. / Успехи современного естествознания. – 2008. – № 1. – С. 44-46.

3. Воропинова О.А. Интернет-реклама в медицине. / Информационные системы и технологии как фактор развития экономики региона. – 2013. – С. 56-58.

4. Кузин И.В. Информатизация в здравоохранении – новый уровень качества оказания медицинской помощи. / Региональная специфика и российский опыт развития бизнеса и экономики. Материалы VIII Международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 109-110.

УДК 616.12-009.7

УЧЁТ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ КАК УСЛОВИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА В УЧРЕЖДЕНИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Колганова Юлия Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: профессор кафедры общей и клинической психологии, к.м.н., д.с.н.

Деларю Владимир Владимирович

Понимание факторов, обуславливающих развитие сердечно-сосудистой патологии, а также увеличение возможностей в сфере её профилактики, диагностики и лечения являются одними из основных приоритетов современной кардиологии [1]. Своевременное выявление психологических факторов у кардиологических пациентов позволило бы использовать эти данные с прогностической целью и заблаговременно предпринимать профилактические мероприятия, оказывать дополнительную психологическую и медикаментозную помощь, выбирать оптимальную стратегию лечения [2]. Деятельность клинического психолога в учреждениях кардиологического профиля подразумевает различные виды узконаправленной деятельности, в том числе и учёт типа поведенческих реакций пациентов [3].

Целью исследования – выявление особенностей поведенческих реакций, характерных для больных с сердечно-сосудистой патологией.

В исследовании приняли участие 28 пациентов кардиологического профиля, средний возраст которых составил $56,1 \pm 5,8$ года. В контрольную группу включены 25 лиц без патологии сердечно-сосудистой системы (средний возраст $54,6 \pm 6,3$ лет). Используемые методики: Опросник Дженкинса; Опросник Томаса.

Для диагностики типа поведенческой активности был использован опросник Дженкинса, в результате чего было выявлено поведение типа «А» у 28% респондентов, типа «Б» – у 66% опрошенных. Тип поведения «АБ» оказался самым редко встречаемым и был обнаружен у 6% обследуемых. При этом среди пациентов кардиологического профиля тип «А» оказался присущ 12 пациентам, тип «Б» – 15, тип «АБ» – 1 обследуемому. В группе лиц без сердечно-сосудистой патологии результаты были распределены следующим образом: поведение типа «А» – 3 человека, типа «Б» – 20 человек, типа «АБ» – 2 человека. По итогам

проведения опросника Томаса было выявлено, что «Избегание» как тип поведения в конфликте свойственен 10 опрошенным, «Компромисс» – 12, «Приспособление» – 9, «Соперничество» – 12, «Сотрудничество» – 10 обследуемым. При этом данное распределение в зависимости от поведения типа «А» или типа «Б» носит следующий характер: «Избегание» – 6,6% среди лиц с поведением типа «А» и 22,8% среди лиц с типом «Б»; «Компромисс» – 13,3% и 25,7%; «Приспособление» – 13,3% и 20%; «Соперничество» – 46,6% и 11,4%; «Сотрудничество» – 20% и 20% соответственно.

Таким образом, пациентам кардиологического профиля поведение типа «А» свойственно в большей степени, чем для лиц без сердечно-сосудистой патологии. Для поведения типа «А» наиболее характерным является соперничество как тип поведения в конфликте, в то время как частота встречаемости других типов значительно ниже. Соответственно, ориентация деятельности клинического психолога в медицинском учреждении, включающей проведение психодиагностических и коррекционных процедур, предполагает учёт типа поведенческих реакций пациентов.

Список литературы

1. Бэрн Р., Ричардсон Д. Модель поведения лиц, предрасположенных к коронарным заболеваниям, и агрессия: почему «А» в типе «А» может означать агрессию? // Агрессия. – 1998. – №5. – С. 203-205.
2. Киселёва М.Г. Личностные черты и риск возникновения сердечнососудистой патологии // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 3. – С. 62-64.
3. Аверин Е.Е., Лопатин Ю.М., Деларю В.В. Реабилитация кардиохирургических больных в России: медицинские, социальные, психологические и правовые аспекты // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2012. – Том 13. – №1 (69). – С. 40-45.

УДК 61:338.24.614.2

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ГАРАНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шабашев Данил Евгеньевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент Кукина Елена Николаевна

Трудовая деятельность людей составляет материальную основу любого общества. Труд является независимым от любых общественных форм условием существования человека и составляет его вечную естественную необходимость. Все направления трудовой деятельности нуждаются в регулировании и регламентации. В медицинских учреждениях труд и трудовые ресурсы являются основой функционирования медицинских учреждений, поэтому особую роль необходимо отводить организации труда на основе научно-рациональной деятельности, одним направлением которой является повышение квалификации медицинского персонала.

Медицинские работники в начале своей трудовой деятельности опираются на знания, полученные в высших учебных заведениях или учреждениях среднего профессионального образования. Однако развитие современной науки и техники не знает остановок. Однажды полученные базовые знания неизбежно устаревают, что означает неизбежность расширения и углубления теоретической и практической подготовки медицинских работников в ходе всего срока профессиональной деятельности. Указанные изменения являются задачами постдипломного образования или курсов повышения квалификации – обучения, обусловленного изменениями характера и содержания труда специалистов на занимаемой должности, моральным старением знаний. [4]

На сегодняшний день система дополнительного последипломного образования в здравоохранении востребована как никогда. Инновационный характер намеченных преобразований, безусловно, требует серьезных изменений в ее работе. Важно понимать, что в целом ее эффективность зависит от многих факторов, одним из которых является отношение самих слушателей к курсам повышения квалификации или финансирование аттестации

рабочих мест, или регулярное издание и распространение соответствующих методических материалов. [4]

Ранее в соответствии с законодательством государственные организации должны аттестовать всех врачей каждые 5 лет. Один раз в 5 лет каждый врач предоставляет копию сертификата, а также ряд других документов, которые после предварительного рассмотрения направляются в ведомственный медицинский совет. Врачи, осуществляющие частную практику, отправляют один экземпляр документов с места работы в службу управления совета врачей. В настоящее время процессами непрерывного образования управляет Национальный совет непрерывного медицинского образования (НМО), членство в котором является обязательным для врачей. [3]

Для обеспечения качества медицинской помощи врач должен постоянно совершенствоваться. Он обязан быть в курсе новейших достижений медицинской науки и поддерживать свой уровень знаний и навыков. Непрерывное образование позволяет врачам совершенствовать свои знания и качество предоставляемых услуг на протяжении всей их карьеры. Особое место в НМО занимает система повышения квалификации – углубление, систематизация и обновление профессиональных знаний, развитие практических умений в связи с ростом требований к уровню квалификации, а также необходимостью овладения новыми способами решения выдвигаемых современностью профессиональных задач. Именно в этом ему и поможет непрерывное медицинское и фармацевтическое образование. [1]

Методы и средства непрерывного медицинского образования учитывают особенности обучения взрослых профессионалов и инновационные подходы. Наличие очных и заочных форм обучения и возможностей их сочетания создают оптимальные условия для достижения целей совершенствования и саморазвития специалистов. Использование интернет-технологий позволяет индивидуализировать процесс обучения по многим параметрам. [2]

Список литературы

1. «Непрерывное медицинское образование в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://internist.ru/about/neprevynoe-meditsinskoe-obrazovanie/>
2. «Непрерывное медицинское образование, его цели, задачи, технологии» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/4024687/page:23/>
3. «Развитие системы повышения квалификации работников здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/razvitie-sistemy-povysheniya-kvalifikatsii-rabotnikov-zdravoohraneniya>
4. «Система повышения квалификации в представлениях среднего медицинского персонала» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33840>

УДК 364.08

АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ БАЗОВЫХ ПРИНЦИПОВ КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Махфоз Виктор Николаевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент Гаврилова Ирина Сергеевна

Клиентоориентированность - это основная ценность, согласно которой деятельность учреждения существует ради удовлетворения интересов и потребностей клиента. На сегодняшний день вопрос клиентоориентированного подхода имеет одну из актуальнейших ролей в социальной сфере. Для того, чтобы данный подход был эффективен, вне зависимости где он применяется, в частном секторе или государственном, должен соблюдаться ряд принципов.

Одним из базовых принципов данного подхода является понимание потребностей клиента. Специалист должен уметь давать правильную оценку ситуации обратившегося

человека, а также должен уметь проводить анализ полученной информации. Только поняв причины и мотив обращения клиента, можно выбирать способы решения данной проблемы.

Следующий принцип – реализация таких продуктов и услуг, качество которых соответствует ожиданиям клиента. Данный принцип имеет особенность, специалисты должны уметь работать на опережение. Данный принцип в отечественной науке подробно был рассмотрен доктором экономических наук, профессором МГУ Лapidус Л. В. В своих работах она рассматривала реализацию медико-социальных услуг через призму модернизации, которая произошла в обществе за последние годы. Особое внимание было уделено необходимости оценки уровня лояльности и индекса удовлетворенности потребителя.

Принцип взаимодействия с клиентами, построенного на взаимном уважении, также является одним из основополагающих принципов в клиентоориентированном подходе. Клиентоориентированность учреждения предполагает, что человек, обратившийся за помощью, не просто субъект, нуждающийся в услугах организации, а человек, имеющий свою историю, свои мотивы и требующий к себе индивидуального подхода. Сотрудник Южного Федерального Университет, Старенков М. Ю, в своем методическом пособии «Клиентоориентированный подход как основной аспект организации сервисного обслуживания» рассматривает данную проблематику. Им были выявлены особенности персонифицированного подхода к обслуживанию клиентов в сервисной организации по средствам развития и выявления ее ключевых компетенций.

Одной из особенностей данного подхода также является готовность руководителей любого уровня к открытому общению. И данный принцип распространяется не только на сотрудников учреждения, но и на его клиентов. Такая иерархия позволяет оказывать помощь на нескольких уровнях одновременно.

Гибкость организации в отношении меняющихся запросов клиентов – принцип, позволяющий повысить эффективность клиентоориентированного подхода как в частном секторе оказания социальных услуг, так и государственном секторе. Несмотря на то, что мониторинг в этих двух сферах осуществляется различными способами, именно его итоги являются для организации определяющими в отношении собственной политики и направленности услуг.

Учреждение, которые использует в своей деятельности клиентоориентированный подход, обязательно должны анализировать качество своего сервиса. Одними из первых, кто обратил внимание на важность данного фактора в отечественной практике были начальник управления Алтайского края по труду и занятости населения Бушмин И. А. и кандидат социологических наук, доцент, Кальнеус А. С. Ими были выделены основные подходы к повышению клиентоориентированности в деятельности государственной службы, а также были подробно описаны технологии, внедренные в работу государственной службы занятости Алтайского края.

Последний принцип, на котором базируется клиентоориентированный подход – планирование действий по привлечению и удержанию клиентской базы. Данные умения будут является некоторым маркером, показывающим эффективность работы специалистов. Важность данной способности работника описала сотрудница Национального исследовательского университета «Высшей школы экономики» Клепнева К. В. В ее работе «Подбор клиентоориентированного персонала» навыки сотрудника учреждения социального характера рассматриваются с двух сторон: со стороны компетенции и со стороны характера.

Актуальность данного подхода невозможно переоценить в сегодняшних реалиях. Например, Чижова В. М., доктор философских наук, в статье «Социальная работа и клиническая психология – помогающие профессии в системе здравоохранения» определила важность клиентоориентированности специалистов в области здравоохранения, а также зависимость данного подхода с эффективностью лечебного процесса в целом. Также можно отметить научные труды кандидата философских наук, доцента кафедры «Социальной работы с курсом педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования» Гавриловой И. С., в данных работах рассматривается возможность применения

SMART-технологий в вопросах клиентоориентированности специалистов, что является новаторским взглядом на имеющиеся концепции формирования компетентности.

В заключении можно отметить многоаспектность такого явления как клиентоориентированный подход. Семерникова Е. А, сотрудница кафедры «Маркетинга и рекламы» Ростовского государственного экономического университета, в своей статье «Клиентоориентированность: понятие, критерии» доказала многогранность определения данного понятия и зависимость его значения от контекста использования, путем проведения компаративного анализа тематических работ различных авторов.

Следование определенным принципам подхода, а также его контекстная зависимость важны, но не менее важным представляется подбор нужных исполнителей, сотрудников. Использование данного подхода нуждается не только в руководстве, которое понимает механизм его действия и направленность, но и в сотрудниках, которые не только имеют желание, но и необходимые знания и навыки для его реализации, а также определенный опыт, без которого деятельность организации не будет достаточно эффективной.

Список литературы

1. Аверин А.В. Управление персоналом, кадровая и социальная политика в организации [Текст]: учебное пособие / А.В. Аверин. – М.:Изд. РАГС, 2013.
2. Бушмин И.А., Кальнеус А.С. Текст научной статьи: «Основные подходы к повышению клиентоориентированности в деятельности государственной службы занятости на локальных рынках труда», Вестник Томского государственного университета, 2012г.
3. Китаева Е.В. Текст научной статьи: «Социальный механизм взаимодействия групп организации как фактор эффективности организации», Известия Российского государственного педагогического университет, 2010г.
4. Лapidус Л.В. Текст научной статьи: «Повышение качества услуг социальной сферы современных условиях», журнал «Современные проблемы сервиса и туризма», 2010г.
5. Чижова В.М. Текст научной статьи: «Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью», Журнал «Социология медицины», 2015г. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnyy-portret-patsienta-s-priobretennoy-bespomoschnostyu-1>

УДК 331.108.2

ТЕЛЕНАСТАВНИЧЕСТВО КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Басовская Нина Самвеловна

Россия, Волгоградский институт управления, филиал РАНХиГС

Научный руководитель: к.с.н. Шиндряева Ирина Викторовна

Медицина постоянно развивается и совершенствуется. Объем информации, необходимой медицинскому персоналу для качественного выполнения своей работы, увеличивается постоянно. Однако изменения происходят не только в научной дисциплине, но и в самой системе подготовки медицинских кадров. Ведь постоянное увеличение необходимых знаний, появление новых методик работы требует времени, а его, как известно, у медицинских работников катастрофически не хватает. Этот факт подтверждает мониторинг, проведенный экспертами Общероссийского Народного фронта в октябре 2017 г. среди более 3 тыс. медиков из 84 субъектов РФ. Среди основных проблем в организации медицинского образования респонденты назвали нехватку времени на участие в конференциях (82%) и финансирования (64%), а также загруженность на работе, которая не позволяет заниматься повышением профессиональной квалификации [1].

В современном мире, когда технологии внедрены во все сферы нашей жизни, медицина является, пожалуй, одной из самых важных таких сфер. Именно достижения информационно-телекоммуникационных систем обусловили все те возможности, которые появились в «век интернета». Таким явлением можно назвать появление телемедицины, в частности теленаставничества.

Теленаставничество — это вариант телемедицины, который помогает распространять новую информацию с помощью возможностей телекоммуникационной среды, это новый и интересный способ дистанционного обучения. Теленаставничество даёт возможность обучаться прямо на рабочем месте, там, где можно применить полученные знания и умения на практике.

Роль наставника больше не требует постоянного физического присутствия учителя и скорее определяется его решимостью добиться полноценного развития своего подопечного — от уровня новичка, через углубление профессионализма и компетентности, к вершинам истинного мастерства [2].

Особого внимания заслуживает такая сфера применения теленаставничества, как трансляция хирургических операций. Это направление телемедицины используется тогда, когда начинающие или же неопытные хирурги в режиме онлайн могут наблюдать за операцией, которую проводит высококвалифицированный специалист. Оно также используется для контроля за проведением особо сложных операций. Причем в отличие от просмотра видеозаписей в случае видео-конференции-связи (ВКС) имеется возможность задать вопросы по ходу или сразу же после операции - получить детальные объяснения, разобрать сложные ситуационные моменты.

Во время операции между собой специалисты могут осуществлять передачу изображения различного медицинского оборудования (микроскоп, эндоскоп или операционный стол), фиксируемого цифровыми видеокамерами, также у специалистов есть возможность консультироваться между собой и обсуждать свои дальнейшие действия. Таким же образом можно передавать и телеметрическую информацию (о состоянии давления пациента, частоте его пульса и т.д.). Этот метод даёт возможность обучаться и повышать собственную квалификацию не отрываясь от рабочего места.

Факт, что врачам удобнее обучаться на рабочем месте подтверждают данные портала «Активный гражданин» – почти 40% московских врачей хотят проходить повышение квалификации на месте работы [3].

Подводя итоги, можно сказать, что сейчас медицина прогрессирует так быстро, что применение технологий облегчает и помогает проводить такие виды операций, о которых совсем недавно не могли и подумать. А возможности теленаставничества открывают совершенно новые горизонты развития медицины, где профессиональный опыт для медицинского персонала — главное его качество. С помощью теленаставничества появляется уникальная возможность – делиться своим бесценным опытом со всем сообществом, обсуждать его и находить новые способы применения бесценного дара спасения жизней. Таким образом, такая часть телемедицины как теленаставничество – активно развивающееся направление, которое будет продолжать своё развитие ещё долгое время.

Список литературы

1. Общероссийский народный фронт – Режим доступа: <https://onf.ru/2017/10/30/monitoring-onf-pokazal-cto-bolshinstvo-oproshennyh-vrachey-nedovolny-urovнем-podgotovki/> (дата обращения: 23.10.2018).
2. Чернов, В.И. Медицинская информатика: Учеб. пособие / В.И. Чернов [и др.] — Ростов н/Д: Феникс, 2007. -320 с. - (Высшее образование).
3. Московский день. – Режим доступа: <http://mosday.ru/news/item.php?877739&view=full> (дата обращения: 23.10.2018).
4. Шиндряева, И.В. Обеспечение психологического и профессионального благополучия медицинского персонала// Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. - 2016. - С. 213-218.

10. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

УДК 659.4

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА МАРКЕТИНГ-МИКС В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В условиях неполной международной изоляции и продолжения санкционной политики со стороны западных стран правительство Российской Федерации ищет возможности по развитию и формированию новые экспортных отраслей. Так в фокусе внимания оказался медицинский туризм, который, как и многие другие сферы экономики, в связи с падением курса рубля в 2015 году стал вновь конкурентоспособным на внешних рынках. Несмотря на то, что доля российского медицинского туризма составляет не более 0,4% мирового рынка, у отрасли, по мнению правительства, есть перспективы для наполнения бюджета валютными поступлениями. В настоящее время отсутствует государственная программа по финансовой поддержке развития медицинского туризма, тем не менее, по поручению президента РФ Путина В.В. в 2017 году открыт проектный офис Министерства здравоохранения РФ по развитию въездного туризма, который и реализует программу привлечения иностранных пациентов. В дальнейшем планируется сформировать регионы-кластеры, которые послужат базой для развития медицинского туризма [1, 2].

Одним из регионов является Волгоградская область, где в проект вошли уже ряд учреждений здравоохранения, среди которых многопрофильные стационары, узко специализированные учреждения, стоматологические поликлиники. Однако, профессиональное сообщество не всегда, особенно в регионах, готово к новым рыночным вызовам. Сфера здравоохранения является социально значимой, в отрасли присутствует значительное число государственных клиник, что, безусловно, гарантирует населению предоставление медицинской помощи в рамках ОМС, но не способствует развитию рыночных механизмов и конкурентоспособности организаций в неопределенной среде.

Таким образом, на наш взгляд, актуальным вопросом для медицинских организаций, вошедших в проект развития медицинского туризма на уровне региона, станет позиционирование своей организации и продвижение ее услуг. В связи с этим в данной работе мы предлагаем рассмотреть применение инструментов маркетинга-микс (4P) в медицинских учреждениях.

Грамотное позиционирование предполагает в первую очередь определение своего продукта (product) – конкретного вида деятельности, услуги, который может стать брендовым для учреждения и выделить его особенности среди прочих равных, например, узкие направления деятельности лечебного учреждения – микрохирургия, ЭКО, кардиология, урология. Также это могут быть успешные манипуляции, операции, процедуры, "поставленные на конвейер", имеющие наименьшее количество осложнений и максимально добавленную стоимость. Продуктом могут быть также известные высококвалифицированные специалисты - "звезды" организации, которые могут быть лицом медицинского учреждения, привлекающим иностранный туристический поток. Более конкретно сформулировать свои конкурентные преимущества и донести их до конечного потребителя поможет правильно сформулированная миссия лечебного учреждения в целом и его клиентоориентированных подразделений по отдельности.

Следующим элементом маркетинга-микс является цена (price). Цена в российских клиниках конкурентоспособна, но она требует дифференциации в зависимости от условий предоставления медицинской помощи. Поскольку уровень оснащенности наших ведущих клиник высок, особенно в научно-отраслевых территориальных комплексах, амортизационные отчисления не позволяют устанавливать низкие цены на лечебно-диагностические процедуры и операции. Поэтому, мы предлагаем, лечебным учреждениям,

которые будут участвовать в проекте по развитию медицинского туризма, ввести дифференцированные цены в среднем сегменте на верхнем предельном уровне для иностранных пациентов. Это с одной стороны, позволит оптимизировать прибыль в краткосрочном периоде, а с другой стороны, конкурировать с заграничными лечебными учреждениями по стоимости. Дифференциация цен на медицинские услуги на первоначальном этапе потребует, скорее всего, и для граждан ближнего и дальнего зарубежья. Кроме того, следует продумать вопрос своего позиционирования как клиники соответствующего класса: премиум или комфорт.

Третий элемент комплекса маркетинга предполагает решение по каналам распределения (place), размещению, логистике, транспорту и т.п. По данному аспекту нам, конечно, логично рассчитывать на близлежащих соседей из стран ближнего зарубежья. Их поток в виде рабочих мигрантов уже организован. Около 60% всего потока медицинских туристов сегодня составляют граждане стран Центральной Азии, еще треть пациентов приезжает в Россию из Европы [1]. К сожалению, вызывает озабоченность низкий платежеспособный спрос данной категории населения. Тем не менее, трансляция положительного опыта через границу государства в другие страны через потоки мигрантов, по нашему мнению, является довольно надежным каналом распределения.

Заключительным элементом классического маркетинг - микс является стимулирование сбыта (promotion), продвижение, реклама, паблик-релейшнз. Большая часть лечебных учреждений региона не владеют инструментами по стимулированию сбыта своих медицинских услуг. Это вызвано, прежде всего, проблемами в формулировании адекватной миссии лечебного учреждения его руководителями, а также отсутствием в штате квалифицированных специалистов по медицинскому маркетингу. Большинство сайтов медицинских учреждений не имеют интерактивных форм взаимодействия с пациентами на русском языке, не говоря уже про иностранный язык. Здесь предстоит значительная работа по преодолению отставания от экспортно ориентированных отраслей.

Решение задач по развитию медицинского туризма надо начинать с привлечения квалифицированных специалистов в области маркетинга и паблик – релейшнз, с целью формирования полноценных отделов маркетинга или продаж. Требуется перенастройка интерфейсов сайтов медицинских организаций для обеспечения возможного доступа пациентов российских и иностранных. На начальных этапах развития медицинского туризма, в штате лечебного учреждения, могут потребоваться специалисты со знанием иностранных языков.

Несмотря на якобы имеющееся противоречие между проблемами в отрасли и развитием туристических услуг в сфере здравоохранения, потенциал имеется немалый, что связано в первую очередь, с высоким уровнем подготовки российских медиков, а имеющееся отставание в технической оснащенности и уровне сервиса возможно преодолеть при соответствующих инвестициях со стороны Федерального центра.

Список литературы

1. Минздрав сделал ставку на развитие медицинского туризма. Официальный сайт газеты Известия. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://iz.ru/645838/mariia-nediuk/minzdrav-sdelal-stavku-na-razvitie-meditsinskogo-turizma>
2. Соболева, С.Ю. Кластерный подход к формированию зон лечебно-оздоровительного туризма // Соболева С.Ю., Соболев А.В. / Волгоградский научно-медицинский журнал. - №1. 2018 г. - январь - март. - С. 7 – 10.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ ВЫБОРА МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ И ЧАСТНЫМИ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Алтынова Дарья Сергеевна, Иванов Алексей Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Иванов Алексей Сергеевич

Соотношение медицинских учреждений не только по профилю оказываемой медицинской помощи, но и по формам собственности во многом определяет качество предоставляемых медицинских услуг населению, как в целом по стране, так и в отдельно взятом регионе.

Число медицинских организаций по формам собственности (2016 г.) Волгоградской области приведено в таблице 1 в сравнении с показателями по другим субъектам ЮФО, по субъектам близким к Волгоградской области по численности населения, а также с городами федерального значения.

Таблица 1. Численность медицинских организаций по формам собственности 2016 г.

Субъект	Государственные	Частные	Ср. численность населения, тыс. чел.
РФ	7200	3353	146674,5
Волгоградская обл.	142	71	2540,6
Ростовская обл.	195	67	4233,7
Астраханская обл.	56	10	1018,7
Краснодарский край	224	75	5542,4
Саратовская область	136	51	2483
Иркутская область	119	31	2419,9
г. Москва	300	353	12355,4
г. Санкт-Петербург	269	287	5253,6

Источник: составлена автором на основе данных Федеральной службы государственной статистике: <http://www.gks.ru/>

Частные клиники нередко заменяют бесплатную медицинскую помощь, в виду неспособности государства удовлетворить потребность людей во врачебной помощи из-за недостаточности ресурсов и неспособности эффективно организовывать процесс оказания медицинских услуг.

Для исследования потребительского выбора между государственной и частной медициной был проведен опрос жителей Волгограда, основной целевой аудиторией которого, была выбрана молодежь в возрасте от 16 до 25 лет, с целью выявления тенденции востребованности государственной и частной медицины. В опросе приняло участие 134 человека, из них 111 человек молодежи в возрасте от 18 до 25 лет. Аналогичный опрос был проведен в 2017 году, в связи с этим некоторые данные приведены в сравнении.

По результатам исследования 56 % человек отдают предпочтение государственной медицине. В 2017 году их число было больше и составляло 72%. Причины выбора учреждения представлены на диаграммах (Рис. 1).

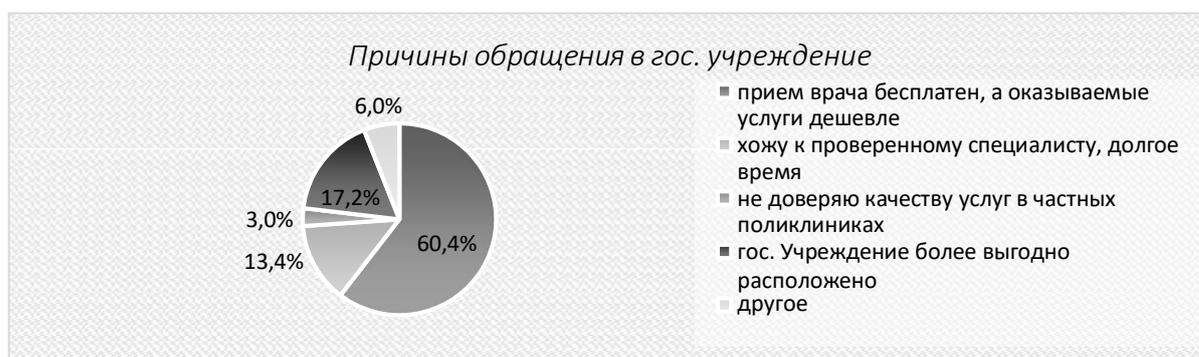


Рис. 1. Причины обращения в государственное медицинское учреждение.

В быту можно встретить мнение «частные поликлиники не лечат, а лишь взимают плату за оказание услуг», что объясняется экономической выгодой возвращения клиентов, ведь основная цель коммерческого предпринимательства – извлечение прибыли, а не решение социально важных задач. Однако большинство опрошенных считает, что качество услуг не страдает – 63%.



Рис. 2. Причины обращения в частное медицинское учреждение.

За последний год посещаемость частных учреждений возросла примерно на 20 % среди целевой аудитории. Как следствие, можно сделать вывод, что на данный момент государственная медицина не в состоянии полностью удовлетворить потребность населения в качественной медицинской помощи (Рис. 2).

Для оценки общественного мнения также был составлен рейтинг медицинских учреждений на основе оценок пользователей сайта <https://prodoctorov.ru> [1]. В таблице 2 выборочно представлены районные поликлиники и крупные многопрофильные частные клиники по городу Волгограду.

Таблица 2. Выборочный рейтинг медицинских учреждений Волгограда.

Гос. учреждение	Рейтинг	Частные клиники	Рейтинг (ср. знач.)
Поликлиника № 1	-2,84	Клиника "Сова"	5,895
Поликлиника № 20	0	ЮгМед	2,27
Поликлиника № 8	-2,57	Диалайн	4,125
Поликлиника № 7	-3,47	Панацея	4,02
Поликлиника № 3	-1,51	ВДЦ	2,005
Поликлиника № 5	-1,87	Медси	2,13
Поликлиника № 12	1,52	ПрофМед	1,51

Поликлиника № 22	-3,03	Эс Класс Клиник	4,33
Среднее	-1,72125	Среднее	3,285625

Источник: составлено автором на основе оценок медицинских учреждений пользователей интернет-сайта <https://prodoctorov.ru> [1].

Исходя из всего вышеперечисленного, считаем возможным отметить следующие основные проблемы государственного здравоохранения: неэффективная организация процесса оказания медицинской услуги – необходимость записываться заранее, очереди, суматоха с получением медицинских карт и талонов; недостаточно укомплектован штатный состав работников по специализации, к примеру, отсутствие узких специалистов таких как флеболог, маммолог, дерматолог и др. В случае отсутствия нужного специалиста в поликлинике по месту жительства, необходимо получить направление к соответствующему специалисту в соседнем учреждении; относительная дешевизна оказываемых услуг, при которой перечень платных медицинских услуг присутствует в каждой государственной поликлинике; отношение персонала – около 10% отметили отношение персонала как причину непосещения государственной поликлиники, включая нежелание вникнуть в суть проблемы и некомпетентность врачей.

Более того, на практике встречается ситуация, когда бесплатный прием врача – оказываются платным при оказании его в срочном порядке. Условия предоставления платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации на основании Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" [2]. В перечень платных медицинских услуг входит: прием некоторых специалистов, функциональная диагностика, эндоскопия, УЗИ, рентген и др.

В качестве вывода хотелось бы отметить, что в дальнейшем популярность и посещаемость частных медицинских учреждений будет только возрастать. Однако не стоит и забывать, что результаты опроса во многом субъективны: с приобретением жизненного опыта, изменением источников и уровня дохода предпочтения молодежи будут изменяться. Наличие частных медицинских учреждений способствует сглаживанию проблем в государственных учреждениях, однако они не в состоянии полностью решить все социальные проблемы в области здравоохранения. Поэтому на данный момент государственной медицине для сохранения и поддержания своего имиджа необходимо становиться все более конкурентоспособной в области медицинских услуг.

Список литературы

1. ПроДокторов: Волгоград. [Электронный ресурс] // Код доступа: <https://prodoctorov.ru/volgograd/>.
2. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" [Электронный ресурс] //Код доступа: <http://base.garant.ru/70237118/#ixzz5VmuM0Zxe>.
3. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2017. – 170 с. ISBN 978-5-89476-448-1 [Электронный ресурс] //Код доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf.

**РЕКЛАМА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ:
СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ**

Лазарева Наталья Алексеевна, Обьедкова Лариса Викторовна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Обьедкова Лариса Викторовна

Жизнь в современном обществе невозможно представить без рекламы. Она безоговорочно проникла во все сферы деятельности человека, играя экономическую, идеологическую, психологическую, этическую и образовательную роли.

На данный момент существует множество определений к понятию «реклама». Одним из них является интерпретация Ф. Котлера: «реклама – форма неличной презентации и продвижения идей, товаров или услуг, оплаченная спонсором» [1 с.26].

По результатам анализа развития рекламного рынка комиссия экспертов Ассоциации Коммуникационных Агентств России (АКАР) выявила, что объем рекламы в 2017 году вырос на 14% по сравнению с предыдущим годом и составил 417 млрд. руб. [2]. Основную долю рынка занимает реклама по телевидению (170,9 млрд) и интернету (166,3 млрд). Лидером телерекламного сегмента является категория «Медицина и фармацевтика», чья доля составила в 2017 году 28%. [2]. Большая часть рекламируемых препаратов относится к следующим группам: лекарства от простудных заболеваний, проблем с ЖКТ, обезболивающие и БАДы [3, с.218]

Реклама лекарственных средств стала элементом конкурентоспособности фармакологического бизнеса. Проникая в эту сферу, реклама не только изменила свой смысл и структуру, но и первоначальные цели.

Цель фармацевтической рекламы очень схожа с целями любой другой коммерческой рекламы – привлечение потребителя, отличия же служат ограничения, которые прописаны в нормативных документах и регламентируемые на государственном уровне.

На данный момент общего закона о рекламе фармацевтических средств не существует, но есть ряд законов, в которых прописаны аспекты данной рекламы – это ФЗ «О Лекарственных средствах», ФЗ «О рекламе», ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Реклама лекарств, как правило, носит этический характер, поэтому большая часть рекламы направлено на информирование о безрецептурных лекарственных средствах. Кроме этого, реклама в любой другой отрасли (кроме пищевой) может привести по большей части только к материальным потерям, а в сфере фармацевтических средств недобросовестная реклама может повлиять на жизнь и здоровье потребителя. Поэтому государство задумывается об ужесточении законов или даже запрете рекламы, как это к примеру практикуется в Швеции и Канаде.

Ужесточение законодательства в сфере лекарственных средств оправдывает себя. Зачастую в ходе просмотра рекламного ролика потребитель, как ему кажется, получает достоверную информацию о возможном лечении той или иной болезни и при заболевании пренебрегают услугами специалиста.

В связи с изучением роли рекламы в сфере лекарственных средств нами был проведен социологический опрос. Его целью стало выявление связи между рекламой и поведением потребителя. По результатам опроса было выявлено, что около 55% респондентов, покупая лекарства, ориентируются на теле - и интернет рекламу. На вопрос о вреде рекламы в данной сфере люди ответили неоднозначно: 34,2% посчитали, что реклама помогает развитию фармацевтического бизнеса; 31,6%-реклама вредит, так как люди занимаются самолечением, 21,1% респондентов думают, что рекламируют только дорогие препараты, что также отрицательное сказывается на бюджете потребителя.

Не смотря на отрицательное влияние рекламы на выбор лекарственных средств, респонденты на вопрос о запрете рекламы лекарства отреагировали отрицательно. 34,2%

опрошенных посчитали, что следует разрешить рекламу на все виды фармацевтических средств, 63,2% согласились лишь на частичный запрет рекламы и менее 3% респондентов проголосовало за полный запрет на рекламу лекарств.

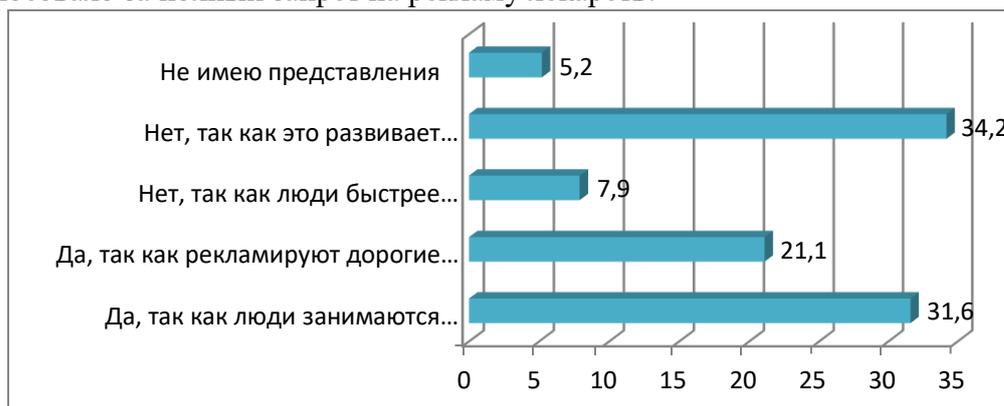


Рис. 1. Наносит ли реклама вред здоровью населению?

Источник: составлено автором на основе результатов опроса

Анализируя результаты опроса, можно предположить, что потребители понимают неблагоприятное влияние рекламы, но не могут обойтись без нее, так как она в некоторых случаях ускоряет процесс лечения. Например, если больному не удастся вовремя попасть на осмотр к врачу из-за большой очереди, то он прибегает к выбору наиболее известных лекарств, информацию о которых узнает из рекламы по ТВ, интернету или от знакомых. Это в свою очередь порождает дополнительные проблемы в сфере медицины.

В дополнении к вышеописанному опросу приведем опрос среди фармацевтов. В анкетировании участвовало около 80 специалистов, средний возраст которых составил 32 года. Среди них 57% имеют высшее образование, 43% среднее специальное, стаж работы фармацевтом в среднем составляет 8 лет. По результатам анкетирования было выявлено, что около 67% фармацевтов частично доверяют рекламе лекарственных средств. По мнению 77% респондентов, реклама искажает или приукрашивает информацию о лекарстве, тем самым вводя потребителя в заблуждение. Одним из наиболее распространенным искажением в рекламе, с которым сталкиваются специалисты является отсутствие необходимости обращения к врачу (73%), а также создание впечатления у потребителя решения всех проблем одним конкретным лекарством (23%).

Задав вопрос о негативном влиянии рекламы, фармацевты пришли к выводу, что стоит разграничить рекламу рецептурных и безрецептурных лекарственных средств. Что касается рецептурных средств, то их реклама не устраивает более половины опрошенных (83%) и около 40% считают, что ограничения по рекламе нужно ужесточить, а 50% - ограничения находятся на оптимальном уровне. На счет безрецептурных лекарств – их реклама не тревожит 59% фармацевтов, а 30% относятся к ней положительно.

Подводя итог, можно сказать, что реклама в сфере фармакологических средств стремительно развивается, что сказывается на поведении потребителей. Общая тенденция показывает, что и потребители, и фармацевты неоднозначно относятся к рекламе лекарственных средств. С одной стороны реклама осведомляет потребителя о новых продуктах фармацевтики, что расширяет выбор лекарств, а с другой стороны – дезориентирует и искажает информацию, что приводит к ухудшению здоровья потребителей. В связи с этим производителям фармацевтических средств необходимо подчиниться действию государственных ограничений в сфере рекламной деятельности, стараясь не продвигать свой товар, а лишь информировать о нем.

Список литературы

1. Армтронг Г., Вонг В., Котлер Ф. и другие. Основы маркетинга, 4-е европейское издание. Перевод с английского.- М.: ИД Вильямс. - 2007. – 1200с.
2. Статья: «Объем рекламы в средствах ее распространения в 2017 году». Режим доступа: http://www.akarussia.ru/knowledge/market_size/id8180.

3. Тарусин Д.П. Состояние и перспективы развития рынка биологически активных добавок / Д.П. Тарусин // Проблемы современной экономики - №9. – 2016. – 372 с. – с.217-220.
УДК 615.19

УДК 61

**ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОПТОВОМ СЕКТОРЕ НА
ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Зыбина Виктория Юрьевна

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

Научный руководитель: к.ф.н. Еманова Анна Михайловна

Фармацевтическая деятельность имеет своей основной целью лекарственное обеспечение конечных и институциональных потребителей. Сформировать достаточный ассортимент позволяют маркетинговые исследования, при помощи которых осуществляется изучение характеристик фармацевтического рынка в различных его сегментах. Розничное звено не может существовать без деятельности дистрибьюторов, так как при формировании своей номенклатуры они учитывают региональные особенности потребления лекарственных препаратов и структуру заболеваемости в регионе. Поэтому одним из направлений наших исследований явилось изучение структуры поставки ассортимента лекарственных препаратов для лечения аллергических дерматологических заболеваний в аптечные организации городов Пятигорск и Ессентуки.

По данным медицинской статистики аллергическими дерматологическими заболеваниями страдают более 10% населения. На сегодняшний день проблема лекарственного обеспечения больных аллергодерматозами актуальна и все более важна в современной медицине. Аллергический дерматит характеризуется воспалительными процессами кожных покровов, и представляет собой аллергическую реакцию организма замедленного типа. Лечение должно быть комплексным и включать препараты нескольких фармакотерапевтических групп [1].

Наибольший ассортимент лекарственных препаратов анализируемой группы был представлен в трёх аптеках, где проводился детальный анализ. Источником информации являлись накладные, подтверждающие поступление товаров от поставщиков: ЦВ «Протек», ООО «Аленфарма», АО «Органика», АО НПК «Катрен», ФК «Пульс», ООО «Юг-Фарм». Анализ сведений представленных в накладных анализируемых поставщиков проводился по показателям: МНН, торговое наименование с учетом дозировки и фасовки, наличие у разных дистрибьюторов и ценовым характеристикам.

На первом этапе исследований выявлено, что в номенклатуре глюкокортикоидов представлено –10 МНН, 51 торговых наименования с учетом всех дозировок и фасовок, а в перечень ЖНВЛП входят в настоящее время 8 наименований глюкокортикоидных препаратов [2].

Лекарственные формы представлены всеми видами, что позволяет аптечным организациям сделать осознанный выбор ассортиментных позиций для удовлетворения потребности больных аллергическими дерматологическими заболеваниями (Рисунок 1).

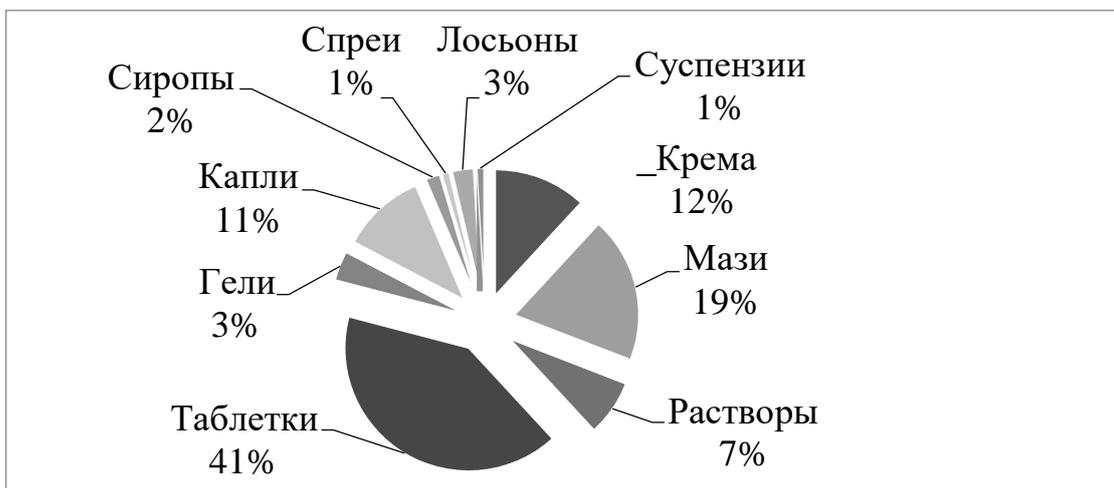


Рисунок 1 - Анализ структуры лекарственных препаратов для лечения аллергических дерматологических заболеваний по лекарственным формам, представленным в оптовом сегменте фармацевтического рынка на территориальном уровне

Анализ показал, что в структуре ассортимента лекарственных препаратов для лечения аллергодерматозов лидирующую позицию занимают таблетированные лекарственные формы (41%), потому что они наиболее удобны в применении. На втором месте – мази (19%), содержащие наибольшее количество жиров и характеризующиеся наибольшей глубиной проникновения действующего вещества. Но более инновационной лекарственной формой являются кремы, которые представляют 12% в анализируемом ассортименте. Основу кремов составляют масло и вода, а глубина проникновения действующего вещества меньше, чем у мази, однако их можно применять при острых воспалительных реакциях. Жидкие лекарственные формы включают капли (11%), растворы (7%), а так же сиропы, лосьоны, суспензии и спреи (от 1% до 7%). Такая структура обусловлена особенностями симптоматики аллергических дерматологических заболеваний.

Одними из наиболее часто назначаемых являются препараты фармакотерапевтической группы глюкокортикоидов, поэтому были проанализированы количественные характеристики поставки данной группы в аптеки г. Ессентуки и Пятигорск (Рисунок 2).

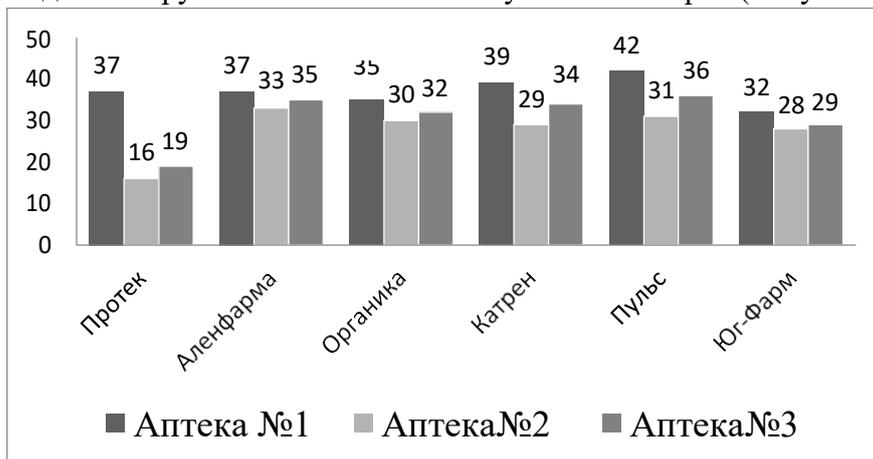


Рисунок 2 - Результаты анализа структуры глюкокортикоидов, представленных в оптовом сегменте фармацевтического рынка по количеству наименований

По результатам анализа можно сказать, что наибольшее количество поставок производят: ФК «Пульс» (42 наим.), АО НПК «Катрен» (39 наим.), ООО «Аленфарма» (37 наим.) и ЦВ «Протек» (37 наим.).

Стоимостные характеристики позволяют аптеке сделать выбор в зависимости от своей платежеспособности с целью минимизации необходимости заемных средств и возможности получения дохода с продаж. На рисунке 3 представлен анализ оптово-покупных цен глюкокортикоидных препаратов.

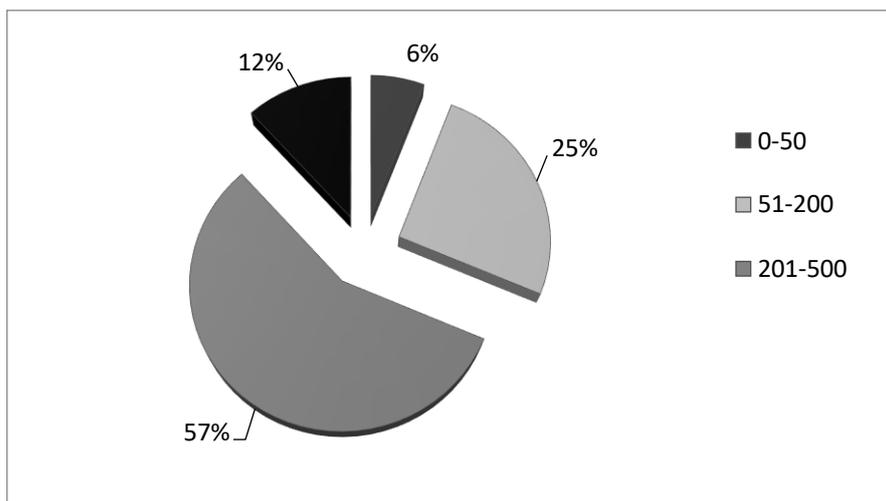


Рисунок 3 - Ценовая характеристика глюкокортикоидных препаратов

Из проведенного анализа следует, что большинство препаратов входят в среднюю ценовую категорию - 201-500 рублей, например, такие как «Ауробин» (от 271 до 316 руб.), «Тобрадекс» (от 400 до 423 руб.).

В заключении стоит отметить, что ассортимент анализируемых лекарственных препаратов очень разнообразен, вследствие чего можно утверждать, что аптеки имеют возможность удовлетворить предпочтения потребителей, как в плане ассортимента, так и по ценовой категории товаров. Следующим этапом анализа будут изучение ассортимента в розничной сети и анализ потребительских предпочтений.

Список литературы

1. Фуфаева И.А. Кожа: аллергические болезни // Новая аптека. Аптечный ассортимент.- 2010. - №5- С. 18-22.
2. http://base.garant.ru/71795840/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000

УДК 614.2:33:312.28

ПОКАЗАТЕЛЬ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ – СВЯЗЬ С УРОВНЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна,
Емельянова Ольга Сергеевна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Один из важнейших показателей для оценки эффективности функционирования национальных систем здравоохранения является показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), под которым понимают число лет, которое в среднем предстояло бы прожить человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения повозрастная смертность останется на уровне того года, для которого вычислен показатель.

ОПЖ является интегральным демографическим показателем, на значение которого влияет множество факторов, в частности экономический уровень развития страны и доля средств, выделяемых на здравоохранение. Сравнительный анализ ОПЖ России с «новыми» и «старыми» странами Европейского Союза, сопоставимыми с Россией по уровню экономического развития, показал явное отставание нашей страны по данному показателю (рис.1) [1].

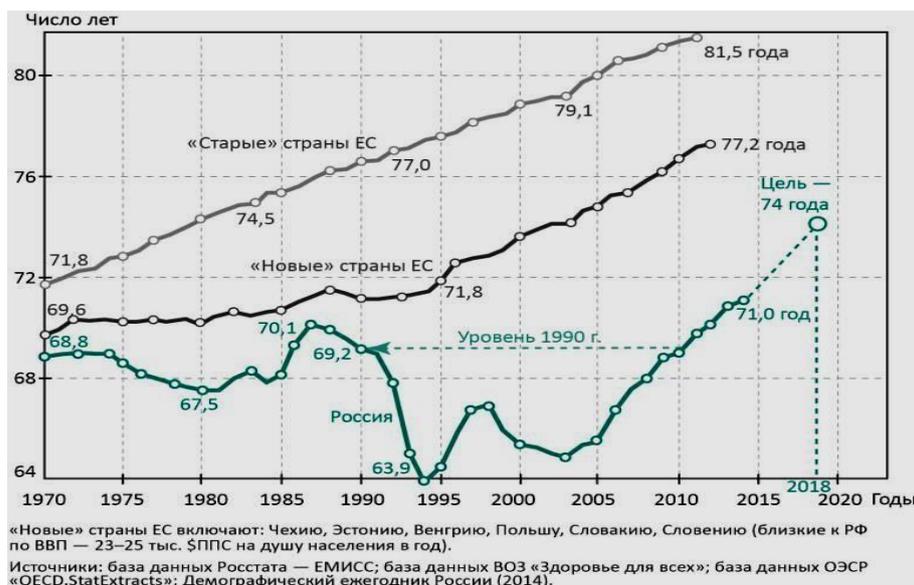


Рис. 1 Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, «новых» и «старых» странах Европейского Союза.

Приведенная динамика также демонстрирует, как социально-экономическая ситуация в стране отражается на показателе ОПЖ (кризис 1990-х годов, экономический спад 2003-2004 годов).

Вместе с тем, за последние десять лет в РФ отмечается рост показателя ОПЖ более чем на 7 лет. В 2017 году его значение достигло 72,7 лет, в основном за счет снижения уровня младенческой смертности и смертности трудоспособного населения. Так, по сравнению с 2006 годом уровень младенческой смертности снизился на 46,1%, достигнув в 2017 г. значения 5,5 на 1 тыс. родившихся живыми. Это стало возможным благодаря дополнительному финансированию службы охраны материнства и детства, в частности была внедрена программа "Родовой сертификат", реализован национальный приоритетный проект «Здоровье», а также программа модернизации здравоохранения Российской Федерации. Это позволило оснастить современным оборудованием женские консультации и родильные дома, повысить эффективность пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода и неонатологического скрининга у новорожденных, построить и оснастить десятки перинатальных центров в наиболее остро нуждающихся субъектах РФ.

Показатель смертности трудоспособного населения, также уменьшился на 30,5% по сравнению с 2006 годом и составил в 2017 г. 473,4 человека на 100 тыс. населения соответствующего возраста [2]. Это стало возможным благодаря внедрению принципов ЗОЖ, модернизации скорой медицинской помощи, совершенствованию маршрутизации пациентов, укреплению материально-технической базы медицинских организаций, увеличению объемов высокотехнологической помощи и ряду других мероприятий.

Таким образом, выбор приоритетных направлений, формирование целевых программ и увеличение финансирования по избранным стратегическим направлениям - это инструмент, позволяющий получить рост показателя ОПЖ. Тем не менее, обеспечить увеличение к 2018 году ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет, при существующем уровне финансирования здравоохранения, пока не удалось [3].

Доля расходов на здравоохранение от валового внутреннего продукта (ВВП) в 2017 году в России находилась на уровне 2006 года – 3,6% (рис.2). С 2007 по 2014 гг. отмечался некоторый рост финансирования системы здравоохранения, тем не менее Россия не смогла увеличить расходы на эту сферу относительно объема национальной экономики и приблизиться к рекомендуемому показателю ВОЗ – 6%.

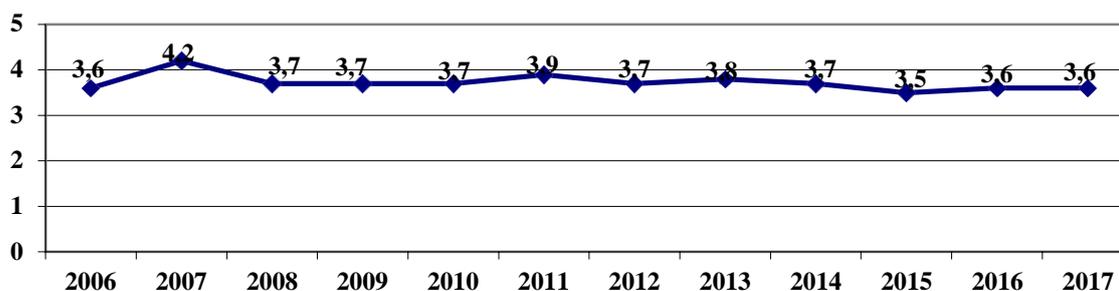


Рис. 2 Доля расходов на здравоохранение в России от ВВП

Экспертами ВОЗ установлен график зависимости ОЖЗ от уровня государственных расходов на здравоохранение, в соответствии с которым в зоне подушевого финансирования от 400\$ до 1700\$ ППС (паритет покупательной способности) дополнительные финансовые вложения в сферу здравоохранения «откликаются» существенным улучшением показателя ОЖЗ [1]. Это означает, что при низких расходах на здравоохранение введение дополнительных ресурсов приводит к значительному прогрессу в показателях здоровья населения, но затем эти показатели растут все медленнее и медленнее, так как существует биологически определяемый верхний предел возможного влияния медицинского вмешательства на показатели здоровья (рис.3). Как видно на графике Россия в этом плане пока находится в зоне высокой степени зависимости роста ОЖЗ от уровня финансирования здравоохранения.

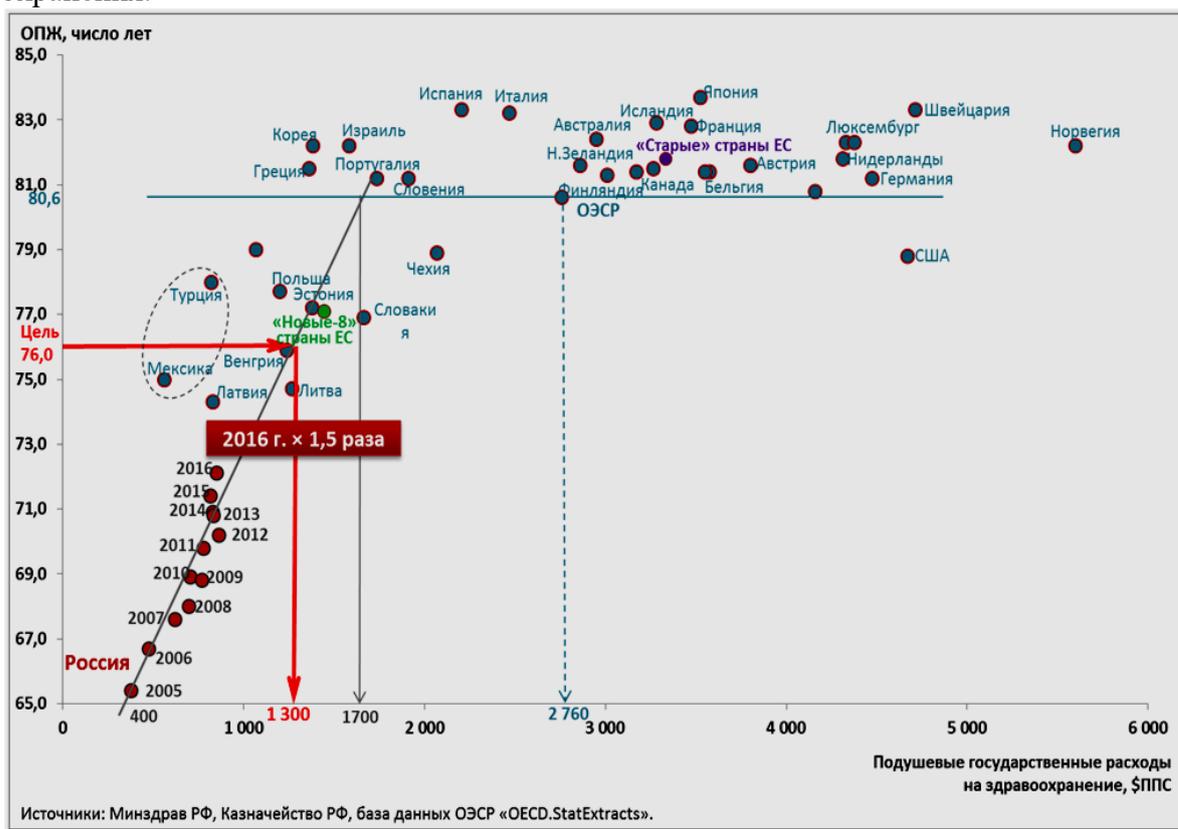


Рис.3 Зависимость уровня ОЖЗ от государственных расходов на здравоохранение (ППС \$).

Президентом РФ в Майском Указе № 204 от 07.05.2018 г. поставлена задача достижения ОЖЗ к 2024 году - 78 лет, а к 2030 – 80 лет [4]. Однако в настоящее время дополнительное сохранение жизней граждан невозможно без дальнейшего значимого увеличения государственного финансирования здравоохранения, кратность роста которого и

описывает приведенный выше график (рис.3.). При этом особую роль играет определение приоритетных направлений финансирования, главным образом распределение средств между первичной медико-санитарной помощью и высокотехнологичной. Ориентация на поддержку и развитие именно первичной медицинской помощи позволит гарантировать право большинства граждан на сохранение здоровья и создаст предпосылки для дальнейшего увеличения уровня ОПЖ.

Список литературы

5. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Меди, 2015. — С. 704.
6. Демография. Медико-социальные аспекты: учебное пособие / В.В.Шкарин, Н.П.Багметов, В.В.Ивашева, О.С.Емельянова – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. – С. 128.
7. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации".
8. Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

УДК 339.138

ПРОГРАММЫ ЛОЯЛЬНОСТИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ РЫНКЕ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Браун Виктория Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: доцент, к.э.н. Серова Ольга Фёдоровна

Поведение потребителя на рынке медицинских услуг зачастую связано со срочной необходимостью обращения к специалисту, получением диагностической услуги или манипуляции, что может быть вызвано заболеванием, травмой или несчастным случаем. И в данном случае, чем реже потребитель обращается за медицинской услугой, тем лучше для него самого. Такое положение дел необходимо учитывать при разработке программ лояльности, которые на рынке частных медицинских услуг должны включать значительно больший набор маркетинговых инструментов, чем традиционные скидочные системы лояльности [1]. Под программой лояльности мы понимаем комплекс маркетинговых мероприятий, направленных на стимулирование последующего потребления услуг в будущем, а также предложения клиентам дополнительных услуг, идей и ценностей компании.

Так как потребление медицинских услуг ситуативно, главная задача частных медицинских учреждений - убедить потребителя вернуться в клинику через определенный срок. При этом важно помнить, что внедрение программ лояльности может происходить исключительно при условии качественного предоставления медицинских услуг. Потому что любой недостаток в лечении пациента - это не просто потеря потребителя, это ещё и падение имиджа клиники, и восстановить его бывает невозможно.

В результате успешного внедрения программы лояльности в деятельность частной медицинской клиники можно получить следующие преимущества: привлечение первичных пациентов, повышение частоты обращаемости повторных пациентов, увеличение количества приобретаемых услуг, повышение среднего чека пациента, возможность создания базы потребителей услуг для работы с персональными предложениями, дополнительные «точки контакта» для получения обратной связи от пациентов, активная работа «сарафанного радио».

Существуют различные виды программ лояльности, которые используют в том числе и частные клиники, все они обладают своими особенностями:

1. Дисконтные программы лояльности. По условиям данной программы после регистрации её участникам предоставляется скидка. Каждый пациент получает одинаковую скидку на услуги клиники, эта скидка не зависит от суммарных оплат услуг (на региональном рынке такие программы есть, например, у лаборатории «Инвитро» [2], клиники «Диалайн» [3]).

2. Бонусные программы лояльности. Данная программа лояльности подразумевает, что пациенты клиники, участвующие в программе, получают определённые преимущества и бонусы. Например, часть стоимости услуги возвращается на карту пациента в виде бонусов или баллов. Их потребитель может использовать для оплаты следующей услуги или для обмена на подарки. Также бонусная программа лояльности может подразумевать поощрение пациентов бонусами за рекомендацию клиники друзьям (такими программами пользуются лаборатории «Инвитро» [2], «Гемотест» [4]).

3. Клубные программы лояльности. Данный вид программ лояльности ориентирован на увеличение стоимости потребительской корзины участников программы посредством получения привилегированных предложений (например, увеличением скидки). Преимущество использования клубной карты для пациента возрастает с накоплением общей суммы затрат на услуги клиники (лаборатория «KDL» [5], клиники «Диалайн» [3], «Панацея» [6]).

4. Платные программы лояльности. Платная программа лояльности предполагает для пациента покупку премиального статуса, подобный статус гарантирует преимущества, которые недоступны другим пациентам клиники. Подобная программа лояльности имеет выраженное преимущество, так как пациент, который купил премиальный статус воспользуется услугами клиники не один раз. Однако, у данной программы есть и значимый недостаток в виде возможной потери некоторой части потенциальных потребителей [7]. На региональном рынке сейчас нет клиник, которые использовали бы подобные программы.

5. Программы лояльности с использованием цифровых технологий (геймифицированные). Пациенты, ставшие участниками программы, получают преимущества с помощью специальных технологий. По большей части это реализуется с помощью мобильных приложений и созданием в нём личного кабинета [7]. Одним из вариантов использования такой программы лояльности может стать долгосрочная система набора баллов за приобретение услуг по «Check-Up» организма или отдельной системы организма. Потребители, которые следят за своим здоровьем, проводят профилактику, периодически проводя «Check-Up», получают баллы, которые можно обменять на какие-либо преимущества в виде скидок или подарков. Региональные частные клиники предлагают своим пациентам разнообразные программы «Check-Up», но никаким образом не связывают их с программами лояльности, а само понятие «геймифицированная программа лояльности» для региональных клиник является новинкой, поэтому предложений подобных программ в регионе нет.

В целом можно отметить, что потребители рынка частных медицинских услуг заинтересованы в использовании программ лояльности. Методом глубинного интервью нами было опрошено 30 женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Мы получили следующие результаты: 20% опрошенных всегда используют дисконтные карты, 40% участниц исследования интересуется получение бонусов за использование услуг клиники. Интересным представляется распределение ответов на вопрос о предпочтении постоянной скидки или временного снижения цены (бонуса). 70% потребителей предпочли постоянную скидку, 10% больше интересуется начисление бонусов, 20% не смогли определиться.

Учитывая высокий уровень конкуренции на рынке частных медицинских услуг программы лояльности становится центральной частью маркетинга большинства медицинских учреждений, так как помимо конкурентных преимуществ клиника получает лояльных пациентов, удовлетворённых предоставленными услугами и рекомендующих её своим знакомым. Программы лояльности помогают привлекать новых пациентов, а также способствуют поддержанию постоянных потребителей услуг клиники.

Список литературы

1. Загоренко В. Нужны ли программы лояльности медицинским брендам // Adindex: медицинский маркетинг [Электронный ресурс]. URL: <https://adindex.ru/publication/invitro/2018/07/19/172854.phtml> (дата обращения: 25.10.18).
2. Официальный сайт, частная медицинская компания «Инвитро» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.invitro.ru/> (дата обращения: 26.10.18)
3. Официальный сайт, частная медицинская клиника «Диалайн» [Электронный ресурс]. URL: <https://dialine.org/> (дата обращения: 26.10.18).
4. Официальный сайт, частная медицинская лаборатория «Гемотест» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gemotest.ru/> (дата обращения: 26.10.18).
5. Официальный сайт, частная клиничко-диагностическая лаборатория «KDL» [Электронный ресурс]. URL: <https://dialine.org/> (дата обращения: 26.10.18).
6. Официальный сайт, частная медицинская клиника «Панацея» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.klinikapanacea.ru/> (дата обращения: 26.10.18).
7. Полусмакова Н.С., Серова О.Ф., Чернова А.А. Анализ и совершенствование типологии программ потребительской лояльности // Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. – Т. 10. - №4. – 2017. – С. 146-154.

УДК 33

МАРКЕТИНГ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ЧТО ГЛАВНЕЕ?

Завадская Валерия Евгеньевна

Россия, Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики
и менеджмента ВолгГМУ Аракелова Ирина Владимировна

Актуальность представленного исследования обусловлена различными факторами. Во-первых, совсем недавно система здравоохранения в России была полностью регулируема государством. Кроме этого, раньше медицинские работники относились к своей работе как к искусству, не думали об ее организации, не пытались каким-то образом оптимизировать ее. «К сожалению, в связи с охватившей общество рыночной эйфорией и бездумной имплантацией рыночных отношений в здравоохранение разница между медицинской помощью и медицинской услугой в общественном сознании целенаправленно стирается» [1]. Во-вторых, на опыте экономически развитых стран мы видим, что здравоохранение не может существовать только на принципе альтруизма. Таким образом, зарубежный опыт, макроэкономические тенденции, изменения общественного здоровья в целом, психологии людей не позволяют государству взять на себя все расходы на здравоохранение. Некоторые расходы теперь берут на себя потребители, а также страховые организации. В связи с этим появилась свобода выбора, и следующая за ней конкуренция, что обуславливает необходимость использования маркетинга в работе различных медицинских организаций. В зарубежных странах активно применяются различные маркетинговые инструменты для продвижения медицинских услуг. Например, для участия в конкурсе, организованном медицинским центром Энн Эрандел [2], участники должны были выложить свой лучшее "селфи" с усами (накладные или настоящие – не важно). Целью этого конкурса было повышение внимания к мужскому здоровью в ноябре (Или как его начали называть после «усомбре»). Это способствовало увеличению трафика на странице медицинского центра, посвященную мужскому здоровью.

Ниже представлены некоторые маркетинговые инструменты, применимые для медицинских организаций:

- 1) Повышения качества медицинских услуг и создание положительного потребительского опыта у пациентов.

Коммерческие клиники привлекают пациентов опытными специалистами, высокой технологической базой и качественными материалами. Однако, часто активное предложение дополнительных платных услуг вызывает негативные эмоции у людей, которые не могут отказать в силу их некомпетентности в этом вопросе.

2) Повышение осязаемости продукта за счет демонстрации положительных результатов и откликов пациентов.

Поскольку медицинская услуга нематериальна, можно использовать различные фотографии людей (до и после), которые прошли определенный курс лечения. Различные сертификаты, лицензии, книги отзывов тоже влияют на выбор пациента. Хорошей идеей является раздача пациентам результатов их обследования (МРТ, УЗИ) на бумажных или электронных носителях.

3) Предлагать определенные гарантии на медицинскую услугу.

Например, на пломбу в стоматологических клиниках.

4) Создание медицинских сайтов.

Чтобы расширить аудиторию потребителей, хорошим решением будет создать сайт клиники или других мед. учреждений. Сайты могут демонстрировать опыт и профессионализм врачей-специалистов, решают коммерческие задачи, дают возможность информировать клиентов о новостях и акциях. Также для удобства стоит разместить на сайте цены и уникальные предложения.

5) Брендинг.

Для формирования собственного бренда необходимо создание разных логотипов, рекламных кампаний, запоминающихся и громких слоганов.

6) Внедрение в практику работы медицинской организации маркетингового аудита, «тайных покупателей».

В этом случае необходимо привлекать специалистов со сферы аудита в медмаркетинге, «тайных покупателей» для улучшения принципов работы с пациентом.

7) Интернет-маркетинг.

В настоящее время скрытая реклама услуг на тематических сайтах пользуется большой популярностью.

8) Режим работы, удобный для потенциальных пациентов.

Если человек заболел несерьезно, то он скорее всего отложит посещение в клинику из-за того, что режим работы врача может не совпадать с его собственным режимом работы. Это говорит о том, что более выгодно составлять график работы клиники, который позволяет посетить ее в вечерние часы, в нерабочие дни.

9) Расположение медицинской организации.

Лучший вариант – расположение клиники в месте расположения ее основной аудитории, если есть возможно территориально выделить эту аудиторию. Например, если специализация клиники – это лечение остеохондроза, гипертонии и других заболеваний, которые могут быть вызваны сидячим образом жизни, значит есть смысл открыть клинику, которая будет близко к офисному комплексу.

Подводя итог, отметим, что маркетинг услуг медицинских организаций имеет свою специфику[3]. Поскольку он связан с жизнью и здоровьем человека. Отметим, что при выборе маркетингового инструмента необходимо выстроить доверительные отношения со своей целевой аудиторией. Эффективность работы медицинской организации определяется, прежде всего, выздоровлением пациентов. В качестве маркетинговых инструментов привлечения и продвижения медицинской организации можно использовать флешмобы в соцсетях, цель которых увеличить посещаемость сайта и обращение в медицинскую организацию. Но, бесспорно, основными критериями хорошей медицинской организации, учреждения является высококвалифицированный персонал и оказание качественных медицинских услуг.

Список литературы

1. Непроторенная дорога, или Кое-что о медицинском праве /Токарев О. — Медицинская газета № 57, 17.07.98.
2. 9 примеров гениального маркетинга в медицинской сфере [Электронный ресурс] / Олег Кайнара. — Электрон. текстовые дан. — 2016. — Режим доступа: <http://symmetria-med.ru>, свободны
3. Особенности маркетинга медицинских услуг [Электронный ресурс] /. — Электрон. текстовые дан. — Режим доступа: <https://studwood.ru/>, свободный

УДК 615.281.8:614.27(470.45)

ОЦЕНКА ПРЕДМЕТНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА

Эректеева Баина Владимировна

Россия, Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.ф.н. Ганичева Людмила Михайловна

Ежегодно в России регистрируется около 50 млн. случаев инфекционных заболеваний, среди которых грипп составляют до 90%. Сегодня на фармацевтическом рынке присутствует значительное количество ЛП, как симптоматических, общеукрепляющих, так и специфических противовирусных ЛС (3,4). Важным аспектом в данной проблеме является доступность лекарственных препаратов, так как этот фактор определяет возможность оказания достаточной помощи пациентам при данном заболевании. Поэтому, оценка предметной и экономической доступности противогриппозных лекарственных средств является актуальной.

Целью данного исследования является оценка предметной и экономической доступности для населения противовирусных лекарственных препаратов.

При выполнении работы использовались стандартные методы анализа товарного ассортимента (1). Были рассчитаны такие показатели, как широта, полнота и глубина. Определена доля противогриппозных препаратов в общем объеме продаж по сумме и по числу товарных единиц (АВС-анализ). Установлены ценовые сегменты и структура производителей ЛП для лечения гриппа. Составлен список ТОП-10 самых продаваемых ЛС данной группы за 2018 год.

На первом этапе исследования определены группы анализируемых противовирусных ЛП на основе принятых классификаций (2).

Для анализа были взяты шесть групп ЛП, обладающие собственно противовирусным действием. Рассчитаны основные показатели аптечного ассортимента: широта(1), полнота(0,56) и глубина(0,71), изучены зарегистрированные ЛП, ЛП в аптечной организации и ассортиментные перечни поставщиков.

Из полученных данных можно сделать вывод, что ассортимент аптек достаточно широк (34 наименования). Населению доступны все группы ЛС для лечения гриппа (в том числе и симптоматические ЛС).

Ресурсы аптек с точки зрения валовых продаж и валового дохода в аптечном ассортименте составляют: Товары группа А– 38%, Товары группы В– 22%, Товары группы С – 40%.

На следующем этапе работы были выделены ценовые сегменты анализируемых ЛП, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Ценовые сегменты лекарственных противовирусных препаратов

Ценовой сегмент	Кол-во ЛП	Доля в ассортименте	Доход	Доля в доходе	Продажи	Доля в продажах
Низкий (до 50 руб.)		4%	107233,97 р.	29,68%	32	24,01%
Средний (50-250 руб.)	4	28%	153856,68 р.	42,58%	44	46,57%
Высокий (>250 руб.)	4	68%	100267,26 р.	27,75%	07	29,43%

Исследуемая группа лекарственных препаратов среднего ценового сегмента, занимает 28% в ассортименте аптеки, пользуется самым большим спросом и приносит наибольший доход. Таким образом, проведя анализ ценовых сегментов противовирусных ЛП для лечения гриппа, можно сделать выводы, что посетители данной аптеки ориентированы на препараты низкой и средней стоимости, но отмечается рост продаж лекарственных средств, принадлежащих к высокостоймостной нише, что свидетельствует о готовности рынка к перераспределению удельного веса низко- и среднестоймостного сегментов. Поэтому аптеке для поддержания и увеличения уровня прибыли и товарооборота при формировании ассортимента необходимо ориентироваться на препараты средне- и высокостоймостной ниши.

При анализе структуры производителей противовирусных ЛП для лечения гриппа выявлено, что 90% наименований составляют препараты отечественного производства, 6% - Франции, по 2% Швейцарии и Латвии.

Среди изученного ассортимента можно выделить ТОП-10 самых продаваемых противовирусных ЛП для лечения гриппа.

1. Кагоцелтаб 12мг №10 (НИАРМЕДИК ПЛЮС/ ХЕМОФАРМ)
2. Оксолиновая мазь 0,25% 10г туба (НИЖФАРМ)
3. Оксолиновая мазь 0,25% 10г туба (ТУЛЬСКАЯ ФФ)
4. РимантадинАктитабтаб 50мг №20 (ОБОЛЕНСКОЕ ФП ЗАО)
5. Ингавиринкапс 90мг №7 (ВАЛЕНТА ФАРМАЦЕВТИКА)
6. Циклоферон таб п/о 150мг №10 (ПОЛИСАН НТФФ ООО)
7. Эргоферонтаб №20 (МАТЕРИЯ МЕДИКА)
8. Анаферон детский таб №20 (МАТЕРИЯ МЕДИКА)
9. Анаферонтаб №20 (МАТЕРИЯ МЕДИКА)
10. Арбидолкапс 100мг №10 (ФАРМСТАНДАРТ)
- 10'. Гриппферон капли наз 10тМЕ/мл 10 мл фл (ФИРН М)

ЛП исследуемой группы имеют сезонный спрос: наибольший пик наблюдается в зимний период, а так же заметна положительная динамика продаж в начале осени. Поэтому аптекам необходимо пополнять товарные запасы данными ЛП перед ожидаемым повышением спроса, а для увеличения прибыли вести грамотную ценовую политику.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что противовирусные средства для лечения гриппа являются доступными для посетителей аптек.

Список литературы

1. Дремова Н. Б. Маркетинговые исследования ассортимента ЛС в фармацевтических организациях / Н.Б. Дремова, Е. В. Лазарева // Экономический вестник фармации. – 2008. - № 12 –с. 67 – 74.
2. Фармакологическая группа — Противовирусные (за исключением ВИЧ) средства [Электронный ресурс] // Справочник лекарств РЛС. — Режим доступа :https://www.rlsnet.ru/fg_index_id_630.htm
3. Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа [Электронный ресурс] // Справочник лекарств РЛС. — Режим доступа : https://www.rlsnet.ru/mkb_index_id_4130.htm

4. Грипп, вирус не идентифицирован [Электронный ресурс] // Справочник лекарств РЛС. — Режим доступа : https://www.rlsnet.ru/mkb_index_id_4134.htm

УДК 616-083:339.138

РЫНОЧНОЕ СЕГМЕНТИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Карева Олеся Сергеевна

Россия, Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента

Ситникова Светлана Евгеньевна

Одним из важнейших инструментов маркетинга, используемых для повышения эффективности работы медицинских организаций, является рыночное сегментирование. Оно поможет узнать, какие медицинские услуги следует оказать, в каком объеме, какие группы пациентов в них нуждаются, в чем превосходства и недостатки учреждений здравоохранения по отношению к ее конкурентам.

По различным признакам пациенты отличаются друг от друга. В качестве фундамента для сегментирования можно применить любой из них: демографический, географический, психографический (поведенческий). Анализ можно совершить по каждому из признаков, а затем в сочетании друг с другом.

Сегментирование по географическому признаку подразумевает деление рынка на страны, регионы, области, города, районы.

В пределах демографической сегментации нужно разделить пациентов на несколько возрастных категорий: дети, подростки, взрослые и люди пожилого возраста.

Также может использоваться уровень образования для выделения рыночных сегментов.

Малообразованные пациенты тратят меньше времени на чтение литературы, в которых представлена информация об оказании медицинских услуг, тогда как образованные могут сравнивать и выбирать те из них, которые они считают для себя наиболее предпочтительными.

Уровень доходов является одним из наиболее существенных признаков. Он позволяет выделить категории пациентов с низким, средним и высоким заработком. Поскольку каждая категория владеет различными денежными средствами, то это влияет на возможности получения ими медицинских услуг по цене, соответствующей доходам.

Сегментация по роду занятий также может влиять на предпочтения выбора пациента посетить то или иное медицинское учреждение. Люди с более престижными, ответственными, сложными или профессиями предпочитают выбирать организацию с высоким уровнем квалификации врачей, комфортабельной обстановкой и т.п.

Нельзя забывать и такие признаки, как размер семьи и семейное положение. Наличие детей, несомненно, увеличивает спрос на детских врачей; члены семьи пожилого возраста нуждаются в ряде медицинских услуг.

Психографическая сегментация помогает выявить такие признаки, как образ и стиль жизни, тип личности и интересы пациентов, а также характеризуют возможную реакцию на предлагаемые медицинские услуги.

Стиль жизни пациентов определяет, как люди живут, как расходуют время и деньги. Совершенно очевидно, что пациенты с высоким уровнем доходов будут обращаться в лучшие (или модные) медучреждения, которые в наибольшей степени соответствуют их образу жизни, а категория пациентов с низким уровнем доходов будет действовать сообразно своим представлениям.

Рынок медицинских услуг представлен различными сочетаниями групп пациентов. Изучив должным образом все сегменты, можно определить, на работу с какими группами будет преимущественно работать клиника.

В целях: исследования рыночного сегментирования в медицинских услугах на примере учреждений здравоохранения был проведен анализ по полу и возрасту. Из этого выявлены самые спросовые услуги в медицинских организациях.

Таблица 1. Процедуры, которые совпадают у мужчин и женщин в одной категории возраста

Вид услуги	Мужчины и женщины				
	21-38	39-44	45-49	50-64	Старше 65
Осмотр терапевта, антропометрия	+	+	+	+	+
Измерение артериального давления	+	+	+	+	+
Измерение уровня холестерина	+	+	+	+	+
Измерение уровня глюкозы	+	+	+	+	+
Клинический анализ крови	+	+	+	+	+
Клинический анализ мочи	+	+	+	+	+
Флюорография	+	+	+	+	+
Экг	+	+	+	+	+
Осмотр стоматолога	+	+	+	+	+
Обследование на ВИЧ инфекцию	+	+	+	+	+
УЗИ брюшной полости		+	+	+	+
Осмотр офтальмолога		+	+	+	+
Обследование на наличие мутаций в генах BRCA1 В BRCA2		+	+	+	+
ВПЧ-тест		+	+	+	+
Анализ кала на скрытую кровь			+	+	+
Колоноскопия				+	+
Сигмоидоскопия				+	+

Таблица 2. Процедуры для женщин разных возрастов (без учета процедур совпавших у мужчин и женщин в одной категории возраста)

Вид услуги	Женщины				
	21-38 лет	39-44 лет	45-49 лет	50-64 лет	Старше 65 лет
Обследование на наличие мутаций в генах BRCA1 В BRCA2	+		+	+	+
Осмотр гинеколога, Пап-тест	+	+	+	+	+
ВПЧ-тест	+		+	+	

Обследование на гепатит С, сифились, гонорю	+	+	+	+	
Маммография		+	+	+	+
Денситометрия				+	+

Таблица 3. Процедуры для мужчин разных возрастов (без учета процедур совпавших у мужчин и женщин в одной категории возраста)

Вид услуги	Мужчины				
	21-38	39-44	45-49	50-64	От 65
Обследование на гепатит С	+	+	+		

Из этого анализа можно видно, что основной потребитель на рынке медицины являются люди старше 65 лет (у них самое большое кол-во процедур). Самые спросовые процедуры 1) у мужчин и женщин: осмотр терапевта, антропометрия; измерения: артериального давления, уровня холестерина, уровня глюкозы; клинические анализы крови, мочи; ЭКГ; осмотр стоматолога, обследование на ВИЧ-инфекцию 2) процедура среди женщин: осмотр гинеколога, Пап-тест.

Необходимость людей в медицинском обслуживании очень значима как в никакой другой сфере. В связи с этим долг медучреждения использовать в своей деятельности самые новые разработки в маркетинге. Сегментирование рынка медицинских услуг, как один из инструментов маркетинга, имеет достаточно большое практическое значение. Грамотное и последовательное его применение ориентирует медицинское учреждение на выбор стратегии наиболее выгодной в экономическом и социальном плане.

УДК 338.517.2

ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ НА ПОКУПАТЕЛЯ ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ПРИМЕРЕ АСПИРИНА ФИРМЫ БАУЕР И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ФИРМЫ ФАРМСТАНДАРТ

Будкова Ольга Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
 Шестакова Ирина Валерьевна

Актуальность: Реклама является неотъемлемой частью нашей жизни. Она представляет собой не только видеоролик, который мы видим на рекламе телевизора или смартфона, это могут быть рекомендации друзей или родственников, провизора или врача. Также можно найти рекламную продукцию на баннерах или стендах в городах.

На фармакологическом рынке существует множество лекарств - аналогов. Рекламируют из них единицы, и как правило, эти «единицы» стоят дорого, так как помимо затрат на производство, транспортировку и продажу лекарства в цену включены затраты на рекламу, которую потребитель оплачивает. В аптеках Вы можете найти лекарства – аналоги в различном диапазоне цен и не всегда провизор предложит Вам товар дешевле, так как аптеки получают прибыль с продажи и им невыгодно продавать лекарства, от которых выручка будет незначительной.

Цель: выявить степень влияние рекламы на выбор потребителя на примере лекарственных препаратов, таких как аспирин и ацетилсалициловая кислота (АСК).

Задачи: проанализировать сходства и различия лекарственных препаратов, провести опрос, с помощью которого выявить какому лекарству отдают предпочтение, а также рассмотреть влияние рекламы на потребителя.

Результаты:

Аспирин Вауер (Германия)	АСК Фармстандарт (Россия)
--------------------------	---------------------------

Действующее вещество: АСК	Действующее вещество: АСК
Доза: 10 таблеток по 500 мг	Доза: 10 таблеток по 500 мг
Цена: 80- 125 рублей	Цена: 5-10 рублей
Свойства: жаропонижающее, противовоспалительное	Свойства: жаропонижающее, противовоспалительное

Проанализировав два препарата, я пришла к выводу, что данные лекарства по своему составу и свойствам одинаковы. Единственное отличие заключается в цене. Это связано с тем, что аспирин Bayer импортный товар, и, для того, чтобы ввезти его в Россию, необходимо потратиться на транспортировку от места производства до места реализации, а также на рекламу. На это уходит много средств, нежели чем на АСК, которое производится на территории России. По данным опроса я выяснила, что большая часть людей предпочтут купить аспирин (55,4%), так как он популярнее АСК. 91,6% из 83 мной опрошенных заявили, что чаще всего они встречают рекламу аспирина.

Рекламу лекарственных средств показывают в то время, когда большая часть людей смотрят телевизор, как правило, это утром и в вечернее время. В транспортных средствах, например, в автобусах вы можете увидеть плакаты, рекламирующие товары, в том числе и лекарственную продукцию. А также в больницах, аптеках имеются рекламные листовки актуальных лечебных препаратов, которые привлекают к себе внимание.

Вывод: Реклама фармацевтической продукции значительно влияет на потребителя. Несмотря на то, что АСК является аналогом аспирина и стоит в разы дешевле, покупатели предпочтут импортный товар, т.к. название данного лекарства проще запомнить и рекламируют его чаще.

Список литературы

1. Инструкция по применению препаратов Аспирин (Bayer) и Ацетилсалициловая кислота (Фармстандарт).
2. Учебные материалы. – Режим доступа: <https://works.doklad.ru/>

УДК 616-083-053:338

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ВЫБОРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Сергиенко Татьяна Сергеевна

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

Потребительский выбор (consumer choice)- решение потребителя о приобретении или каком-либо способе потребления некоторого блага (товара или услуги). Основу теории потребительского выбора составляет теория предельной полезности. Как считают западные экономисты, от полезности того или иного товара (услуги) для потребителя зависит поведение потребителя на рынке товаров (услуг).

Потребительское поведение - это обобщающее понятие для факторов и процессов, определяющих экономические действия потребителя в контексте приобретения и потребления рассматриваемого продукта. Поэтому именно изучение потребительского поведения является важнейшим источником информации о рынке. Обычно в это понятие включают (полностью или частично, в зависимости от глубины и целей анализа):

- определение исходных потребностей потребителя, которые могут быть удовлетворены продуктом;
- процесс принятия решения о покупке;
- факторы, определяющие выбор потребителем тех или иных продуктов;
- процесс и способы потребления (использования) продукта;
- факторы, определяющие субъективную оценку удовлетворенности потребителя продуктом непосредственно в процессе, а также после его потребления [5].

Для российского здравоохранения это трудная задача, так как в стране исторически сложилась система, которая практически не оставляла места для выбора пациентами учреждений здравоохранения и работающих в ней врачей.

Внимание к проблеме выбора заметно возросло в 2010–2011 гг. в ходе обсуждения законопроектов «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В тексте первого документа право свободного выбора застрахованным страховой медицинской организации, медицинской организации и врача было дополнено указаниями на то, что медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в предоставлении медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, а страховая медицинская организация не вправе отказать в заключении договора на оказание медицинской помощи по ОМС медицинской организации, выбранной застрахованным лицом. Однако норма о свободном выборе была подвергнута критике за порождаемые риски роста объемов необоснованных госпитализаций и обращений к врачам-специалистам. В принятом Федеральном законе от 29.11.2010 № 326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» такое право было сформулировано с ограничивающим дополнением об осуществлении выбора в соответствии с законодательством [1]. В законе от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданам предоставляется право выбора медицинской организации и врача при прикреплении для получения первичной медицинской помощи [2].

Право выбора медицинской организации и врача для получения бесплатной специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи в плановой системе обусловливается необходимостью наличия направления на получение такой помощи от врача первичного звена или лечащего врача – специалиста, либо фельдшера. Врач, дающий направление, обязан проинформировать пациента о возможности выбора медицинской организации. Иначе говоря, право выбора здесь ограничивается вариантами, предложенными пациенту медицинскими работниками [4]. И если раньше речь шла о выборе медицинской организации, то на современном потребительском рынке предметом выбора выступают и конкретные врачи. В секторе амбулаторной помощи выбор пациентом медицинской организации часто совпадает с выбором врача.

Таким образом, под потребительским выбором в здравоохранении понимаются два типа действий: выбор между двумя и более поставщиками медицинских услуг (медицинскими организациями и отдельными врачами) и поиск поставщика услуг в ситуации, когда пациент не знает, к кому обратиться за необходимой помощью.

Хотя эти типы действий характеризуют разные ситуации выбора, они тесно связаны между собой: выбор альтернатив обычно предполагает их поиск, а поиск так или иначе связан со сравнением вариантов [6].

В условиях потребительского выбора, между врачом и пациентом складываются отношения зависимости, которые теория агентских отношений описывает моделями поведения врача, как агента пациента. Агентские отношения возникают в тех случаях, когда один или несколько индивидуумов, именуемых принципалами, нанимают одного или нескольких индивидуумов, именуемых агентами, для оказания каких-либо услуг и затем наделяют агентов полномочиями по принятию решений [3]. В контексте здравоохранения – главная характеристика моделей агентских отношений – это центральная роль врача в определении места оказания и объемов медицинских услуг. Его агентская функция состоит, прежде всего, в назначении услуг и лекарственных средств, необходимых для лечения. При невозможности оказать все требуемые услуги своими силами врач берет на себя организацию медицинской помощи на других этапах ее оказания, направляя пациента к другим специалистам, в том числе для госпитализации [4].

При этом врач в роли агента пациента, тоже сталкивается с рядом проблем:

Во-первых, он не может брать на себя ответственность за качество предоставляемой информации в отношении всех альтернативных субъектов оказания медицинской помощи;

Во-вторых, он должен учитывать наличие ресурсных ограничителей и направлять своего пациента на другие уровни оказания медицинской помощи, исходя из соображений медицинской целесообразности;

В-третьих, он может иметь свой экономический интерес, вступающий в противоречие с его ролью агента пациента.

Таким образом, агентские отношения формируются на основе особой роли врача в реализации потребительского выбора, когда выбор пациентом поставщика медицинских услуг складывается под сильным влиянием врача. Эффективность реализации роли агента обуславливается объемом информации, которой располагает постоянный врач, ресурсными возможностями, а возможно, и экономическими интересами врача.

Список литературы

1) Федеральный закон от 29.11.2010 № 326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/

2) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

3) Симоненко Н.Н.. Финансовый менеджмент: учебное пособие в 2 ч. Ч. I / Н.Н. Симоненко, А.В. Барчуков, П.Ю. Островский. - Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2012. - 122 с. 2012.

4) Расширение потребительского выбора в здравоохранении : теория, практика, перспективы // Под ред. И.М.Шейман. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. – 262 с.

5) Михаил Полиенко Потребительское поведение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://marketopedia.ru/269-potrebitelskoe-povedenie.html>

6) Струин Н.Л. Врач как агент пациента. Студенческий научный форум - 2016. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://scienceforum.ru/2016/article/2016022892>

УДК 339.18

РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИЙ МАРКЕТИНГА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кочишвили Ксения Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента

Ситникова Светлана Евгеньевна

Медицинский маркетинг в силу особенности сферы имеет определенные ограничения и отличия от маркетинга в другом бизнесе. Являясь максимально человекоориентированным, этот бизнес объединяет в едином пространстве частные и государственные клиники, решение проблемы, то есть лечение, подчиняется логике и требует стандартизации, а информационная незащищенность пациентов при неквалифицированном враче может стоить им жизни.

Цель работы: разобраться, в чем особенность медицинского маркетинга и как работать с его инструментом, а также уделить внимание стратегии маркетинга в здравоохранении.

Со стороны медицины, маркетинг - это организация продаж продуктов или услуг с учетом анализа спроса на них. Для того чтобы понять, в чем нуждается потребитель, регулярно проводится сбор данных, который позволяет проанализировать запросы пациентов. Именно поэтому клиники должны предлагать те товары и виды услуг, в которых нуждается пациент.

Я считаю, что если мы будем использовать маркетинговые технологии, то сможем оценить и продумать стратегию будущего развития клиник.

Существует несколько стратегий разработки и продвижения услуг, например:

1. Проникновение на рынок (предполагает, что медицинская организация оказывает имеющиеся услуги сопутствующим потребителям на заданных рынках);

2. Расширение рынка (означает предложение имеющихся медицинских услуг новым

потребителям);

3. Диверсификация (предложение новых услуг новым потребителям).

Направления стратегии маркетинга для медицинских учреждения могут быть следующие:

- а). Повышение качества потребительских свойств товара (услуги);
- б). Надежность изделия, его гарантированное обслуживание и ремонт;
- в). Престижность и закрепление в качестве лидера по данной услуге;
- г). Продажа услуг с сопутствующими нужными услугами;
- д). Наличие новизны, повышающей узнаваемость продукта.

Медицинскому маркетингу услуг свойственны несколько значимых особенностей. В своей работе я хотела бы поговорить о том, что приравнивая пациентов к клиентам, мы допускаем неточность. Ведь обращаясь в клинику за решением проблемы, пациенты:

- испытывают страх за здоровье и жизнь - свою и родных;
- вынуждены верить специалисту из-за информационной ограниченности;
- готовы к тому, что оказание услуги может сопровождаться болью.

Нельзя приравнивать услугу в любом другом бизнесе к услуге медицинской, потому что здесь качество оказания услуг, стандартизация и своевременность, корректность постановки диагноза и лечение имеют решающее значение.

Ценность медицинской услуги фактически превращается в ценность решенной проблемы. Поэтому адекватность стоимости услуги, в которую закладываются все необходимые факторы (такие как время, профессионализм), плюс учет цен конкурентов и уровень спроса весьма относительна.

Также хотелось бы обратить внимание на то, что врач не продавец. Он решает проблему, причем о его профессионализме может говорить даже то, как он ведет беседу с пациентом. Его профессионализм - это работа по стандартам оказания помощи, учет опыта коллег, гибкость в принятии решений, выбор адекватных методов лечения - все это приводит к тому, что потребность в сопутствующих услугах отпадает. Именно такой специалист в рамках маркетинга медицинских услуг является залогом качества услуг и репутации клиники.

Итак, медицинский маркетинг диагностирует потребность людей в услугах здравоохранения, старается повлиять на эту потребность, повысить ее, а также попытаться предсказать развитие ситуации в будущем.

Чтобы определить свое положение в рыночном пространстве, необходимо разработать стратегию. Она формируется с учетом анализа деятельности подобных клиник, уже функционирующих на рынке. Необходимо определиться, будете ли Вы соперничать с другими клиниками или займете свое, особое место, чем станете отличаться от других.

Маркетинговая стратегия может выстраиваться путем решения нескольких задач:

1. Решение о том, сколько Вы хотите пациентов, в каком количестве будут оказываться услуги и продаваться товары - это рыночная задача;
2. Понимание того, что нужно сделать внутри организации для решения задачи, обозначенной в пункте выше - это операционная задача;
3. Представление о штате сотрудников, о том, как ими руководить - это организационная задача;
4. Определение того, как все перечисленные задачи будут выражаться в денежном эквиваленте - это финансовая задача.

На мой взгляд, одним из видов маркетинговой стратегии в современном здравоохранении должна быть стратегия социально-этического маркетинга, которая предполагает ведение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для отдельных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, лиц с социально значимыми заболеваниями, многодетных и так далее). Я считаю, что в коммерческой деятельности должна быть предусмотрена программа спонсорства, снижения цен, благотворительности, этической направленности. Благоприятный имидж медицинской организации, ее искренняя благотворительность создают психологическое доверие и, в

конечном счете - медицинский и экономический эффект.

В заключении хотелось бы сделать вывод, что если мы будем использовать маркетинговые технологии, то непременно сможем оценить и продумать стратегию будущего развития клиник. Для того чтобы понять, что Ваша стратегия действует, необходимо ставить конкретные, измеримые цели и определить даты их достижения. Учитывая особенности медицинского маркетинга услуг, правильно расставляя приоритеты, Вы сможете добиться более оптимальных результатов.

Список литературы

1. Дьяченко, В. Г. Менеджмент в здравоохранении, часть 2 [Текст]: Учебно-методическое пособие. - Хабаровск, 2002.
2. Коттлер Ф. Основы маркетинга. Пер. с англ. М.: Прогресс, 2009.
3. Кучеренко В.З., Филатов В.И. Маркетинг здравоохранения – система регулирования рынка медицинских услуг, М., 2010.

УДК 339.138

БИЗНЕС В INSTAGRAM В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Сулицкая Юлия Олеговна, Харитонова Юлия Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Шестакова Ирина Валерьевна

В настоящее время современный мир все больше и больше охватила виртуальная жизнь. Пару лет назад многие из нас даже не представляли, что большинство своего свободного времени будут проводить за компьютером. На сегодняшний день практически каждый из нас не видит жизни без доступа в сеть, а именно без социальных сетей. Если раньше социальными сетями интересовалась только молодое поколение, то сейчас они привлекают даже людей пожилого возраста.

Если обратиться к истории появления социальных сетей, то изначально они создавались для поиска одноклассников, друзей детства, коллег, сослуживцев, для общения людей, которые находятся на достаточно больших расстояниях друг от друга. Конечно, и сейчас сохранилось их изначальное предназначение, но наряду с ними появилось много других вариантов использования социальных сетей. Рассмотрим эти варианты на примере сети Инстаграм (Instagram).

Instagram – это социальная сеть, которая предназначена для обмена фото и видео файлами. Она занимает срединное положение между социальной сетью и микроблогом, так как при опубликовании фотографий вы можете дать ей краткое описание [1].

Можно выделить две цели использования сети Instagram: личную и коммерческую. Большинство пользователей зарегистрированы в данной социальной сети для себя, то есть преследуют личные цели: обмениваться своими фотографиями и мыслями, самовыражаться, наблюдать за жизнью звезд, политиков или узнать о новостях региона или страны в целом.

Но, на сегодняшний день мы наблюдаем совсем иную картину. Выявлено активное использование данной социальной сети с коммерческой целью в маркетинге, то есть привлечение к себе подписчиков с целью продажи им каких-либо товаров или услуг. Сотни тысяч активных пользователей с каждым днем все больше и больше работают над улучшением сети, тем самым придумывая новые, привлекательные для покупателей материалы. В мире осталось очень малое количество компаний, которые бы не представляли свой товар и услуги на всемирной витрине Instagram. Это связано с тем, что данная социальная сеть является одним из самых популярных каналов средств массовой информации и не требует финансовых затрат для создания аккаунта.

По данным Федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области выявлено, что наибольшим спросом в Instagram пользуются [2]:

1. сфера услуг (производственные, социальные, потребительские) - 40%;

2. общественное питание (кафе, рестораны, бары, фаст-фуд, кулинарии) - 35%;
3. шоурумы - 25%;
4. другое – 10%.

Мы видим, что большинство пользователей интересуется сфера услуг, к которой также относятся продажа медицинских товаров и оказание медицинских услуг. С каждым днем количество аккаунтов, принадлежащих к данной сфере услуг растет, растет, как и количество их подписчиков.

Цель данной работы – проанализировать насколько часто студенты Волгоградского государственного медицинского университета приобретают медицинские товары или услуги через Instagram.

В рамках данной работы был проведен социологический опрос студентов Волгоградского медицинского университета, в котором приняло участие 207 человека [3]. Опрос показал, что основная масса пользуется сеть Instagram (84,5%). Это подтверждает тот факт, что данная социальная сеть является массовой и может быть использована, как способ распространения различных товаров и услуг.

Также необходимо отметить, что количество девушек составляет 74,9%, что превышает количество парней практически в 3 раза. Из числа пользователей данной сети 59,4% подписаны на аккаунты, которые предоставляют товары или услуги, то есть 123 человека из опрошенных интересуются коммерческими аккаунтами Instagram, а значит становятся потенциальными покупателями различных товаров или услуг. Но необходимо отметить, что большая часть, а именно 78 человек (63,8%), не заинтересованы в медицинских товарах и услугах. Остальные 36,2% подписаны на данную сферу услуг. Но при этом приобретали через Instagram медицинские товары и услуги всего лишь 18,8%. Рассмотрим какие же медицинские товары/услуги востребованы на витрине Instagram:

Востребованность медицинских товаров на витрине Instagram

<i>Товар</i>	<i>Количество покупок</i>	<i>Доля товаров(%)</i>
Медицинская одежда	33	15,07
Медицинские препараты	12	5,48
Медицинская техника или оборудование	8	3,65
Медицинские инструменты	6	2,74
Не приобретали медицинские товары в сети	160	73,06

Таким образом, можно сказать, что наибольшей популярностью пользуются медицинская одежда, а наименьшей медицинские инструменты. Это может связано с тем, что одежда стоит относительно небольших денег и человек имеет точное представление о ней, а приобретая в Instagram инструменты, люди боятся получить его неисправным или с браком, тем самым потеряв немалые деньги.

Востребованность медицинских услуг на витрине Instagram

<i>Услуга</i>	<i>Количество покупок</i>	<i>Доля услуг (%)</i>
Стоматологические	6	2,83
Косметологические	37	17,45
Диагностические	4	1,89
Реабилитационные	6	2,83
Лечебные	15	7,08
Профилактические	6	2,83

Парамедицинские	1	0,47
Фармацевтические	5	2,36
Не приобретали медицинскую услугу в сети	132	62,26

Самыми востребованными медицинскими услугами оказались косметологические. Это может быть связано с тем, что, как говорилось уже ранее, большим числом пользователей Instagram являются девушки. Наименее востребованными являются парамедицинские услуги.

По результатам вышеупомянутого опроса, можно сказать, что всё-таки люди предпочитают покупать товары или услуги в живую, что подтверждают 49,3% опрошенных. И это логично, потому что ты можешь увидеть товар лично, проверить на наличие дефектов и оценить его пользу в целом. Но есть те, кто считает, что выбор, где приобретать зависит от самого товара или услуги, и таких людей 96 (46,4%). И лишь 4,4% считают, что витрина Instagram является наиболее удачным вариантом приобретения, что может быть связано с экономией времени.

В итоге видно, что студенты Волгоградского государственного медицинского университета приобретают медицинские товары и услуги через социальную сеть Instagram, но их не так много, что связано с различного рода причинами.

Список литературы

1. Интернет-ресурс: Анализ социальной сети Instagram как инструмента формирования общественного сознания <https://cyberleninka.ru/article/v/analiz-sotsialnoy-seti-instagram-kak-instrumenta-formirovaniya-obschestvennogo-soznaniya>.
2. Интернет-ресурс: Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области http://volgastat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/volgastat/ru/statistics/.
3. Результаты собственного социологического опроса студентов Волгоградского государственного медицинского университета.

УДК 331

ДЕТСКИЕ КРЕМА: КАКОЙ ВЫБОР ДЕЛАЮТ РОДИТЕЛИ?

Лебедева Ксения Игоревна, Деркачева Каролина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
 Шестакова Ирина Валерьевна

Введение. Перед рождением ребенка родители начинают задумываться о том, что же понадобится для их будущего малыша. Детская кожа подвержена высыпаниям, опрелостям, шелушениям, а так же она является очень аллергенной, поэтому мамы и папы подходят к этому вопросу с особой серьезностью. Устранить эти проблемы помогут лучшие детские крема.

Цель. Выявить качество и доступность детских кремов, по мнению родителей.

Материалы и исследования. Дизайн исследования: анонимный опрос родителей и бабушек, проведенный в октябре 2018 г. Посредством анкетирования в Детской клинической поликлинике №15.

Результаты. В опросе приняли участие 32 человека. Девушки в возрасте от 19-42 лет – 60% (средний возраст составил 25 лет), мужчины в возрасте от 25-42 – 25% (средний возраст составил 33 года), бабушки в возрасте от 50-65 лет – 15% (средний возраст составил 50 лет). Следующим этапом проводилось процентное соотношение возраста детей. Мы выявили, что от 1 месяца до 6 месяцев – 15 детей (46%), от 6 месяцев до 1,6 года – 7 детей (22%) и от 1,6 до 3-л лет- 10 детей (32%). Помимо этого, мы выявили пол детей; девочек 21 человек (65%), мальчиков – 11 человек (35%). Далее сравнили, какое количество опрошиваемых обращают внимание на состав- это 16 человек(50%), тех, кто обращает внимание на цену 10 человек

(32%), и лишь 6 человек (18%) обращают внимание на производителя. При выборе детского крема женщины от 19-42 лет в большинстве случаев отдают предпочтение «Бепантену» - 12 человек (62%), реже выбирают «Джонсонс Беби» - 5 человек (5%), «Мое Солнышко» (11%) - 2 человека; среди мужчин также выбирают «Бепантен» - это 3 человека (60%) и «Джонсонс Беби» - 2 мужчин (40%); бабушки же выбирают «Тик-Так» - 5 человек (63%) и «Детский крем Аванта» выбирают 2 человека (25%), меньшим же спросом пользуется «Румяные щечки» - его выбирают лишь 1 человек (12%). Следующим этапом нашего исследования было процентное соотношение аллергичных детей. Оказалось, что 12 детей (38%) – аллергичны, у 20 (62%) детей нет аллергии. По мнению родителей, самый лучший крем – это «Бепантен». Им пользуются 14 детей, у 12 из которых аллергия. Он оправдывает свою цену и свое качество. «Джонсонс Беби» выбирают 7 человек. Несмотря на высокую цену, свое качество этот крем не оправдывает. Крем «Тик-Так» для своих внуков используют 5 человек. Несмотря на небольшую цену этого продукта, родители этим кремом довольны. Детский крем «Аванта» и «Мое солнышко» для малышей используют 4 человека. Крем «Румяные щечки» на самом последнем месте, им пользуется только 1 человек.

Вывод. У детей очень чувствительная и нежная кожа. Поэтому требуется тщательный и бережный уход. Особо пристальное внимание родители обращают на состав, а уже потом на цену и производителя. Профилактикой возникновения опрелостей являются детские крема. Проведя опрос, мы выяснили, что большинство родителей выбирают крем «Бепантен».

УДК 338.001.36

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗАЛЬНЫХ СРЕДСТВ

*Мамедова Аида Ясер-кызы, Бегбалаева Вера Зиявудиновна,
Яцюк Инна Андреевна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Шестакова Ирина Валерьевна

Введение. На сегодняшний день назальные средства получили большое распространение. Они являются одними из самых применяемых безрецептурных средств, которые востребованные в любой сезон года. Назальные средства обладают всеми достоинствами, присущими жидким лекарственным формам, ведь выбор препаратов для носа являются одним из самых обширных в современном мире.

Цель. провести маркетинговые исследования рынка лекарственных назальных средств.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие люди разных возрастов, следовательно, был проведен социологический опрос выбором анонимного анкетирования студентов медицинского вуза. Полученные данные обрабатывались с применением специализированного пакета прикладных программ статистической обработки *my.surveio.com* для Windows 7.

Полученные результаты. В анкетировании принимало 100 человек, из которых большую часть составляли женщины-71%, мужчины-29%. Возрастная категория до 18 лет - 53%, от 18 до 23 -43%, а от 23 и выше -4%. Большинство опрошиваемых людей болеющих раз в три месяца составило – 33,7%, а болеющих раз в пол года 32,7%, что не показало существенной разницы между ними. В ходе опроса было выяснено, что большая часть людей прибегают к применению назальных средств -92%. Из исследования мы видим, что студенты отдают предпочтение назальным спреям-68%, а каплям-32%. Инструкцию по применению препарата перед использованием читают -54,1% студентов. При выборе назальных средств в первую очередь обращают внимание на состав-38,8%, что является очень удивительным в наше время. Цена товара интересует 37,8% покупателей, а на марку (реклама) смотрят только лишь-23,5%. В большинстве случаев при выборе марки назальных средств, 37,8%

предпочтение отдают препарату «Називин», а меньшим спросом пользуется препарат «Ринофлуимуцил»-8,2%.

Выводы. В ходе проведенного маркетингового исследования рынка лекарственных назальных средств, мы выяснили, что большая часть опрошенных людей пользуется спреями популярной марки –«Називин».

Список литературы

1. Регистр лекарственных средств России РЛС Энциклопедия лекарств. – 16 вып. \ Гл. ред. Г.Л. Вышковский. – М.: «РЛС-2008», 2007.
2. Машковский М. Д. Лекарственные средства: пособие для врачей / М. Д. Машковский. - 16-е изд., перераб., испр. и доп. - М. : Новая Волна : Издатель Умеренков, 2010. – 1216
3. Дудниченко А.В., Краснопольский Ю.М., Швец В.И. Липосомальные лекарственные препараты в эксперименте и клинике. РА-Каравелла: Харьков 2001.

УДК 65.012.7

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Арефкина Ольга Александровна

Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель: к.э.н., доц. Евстратов Александр Владимирович

Аптечные сети представляют собой основной элемент товаропроводящей цепочки фармацевтического рынка Российской Федерации, поэтому компаниям-производителям необходимо обращать особое внимание на основные тенденции развития данного сегмента фармацевтической розницы.

В статье рассмотрены основные тенденции формирования и развития аптечных сетей на фармацевтическом рынке Российской Федерации.

Ключевые слова: фармацевтический рынок, аптечные сети, аптечный сегмент.

Актуальность изучения данного сегмента на фармацевтическом рынке РФ, связана, прежде всего, с увеличением социальной значимости, которая проявляется в заинтересованности населения в выздоровлении, и ограниченной возможностью производителей и поставщиков удовлетворить эту потребность.

Цель исследования состоит в том, чтобы рассмотреть процесс формирования и закономерности развития аптечных сетей на фармацевтическом рынке РФ.

По последним подсчетам около 70% объемов всего фармацевтического рынка РФ формируют аптечные продажи.

В 2017 году объем фармацевтического рынка РФ увеличился на 8 % в стоимостном выражении.

На рис. 1 представлена динамика темпов роста объема фармацевтического рынка РФ в 2009-2017 гг.

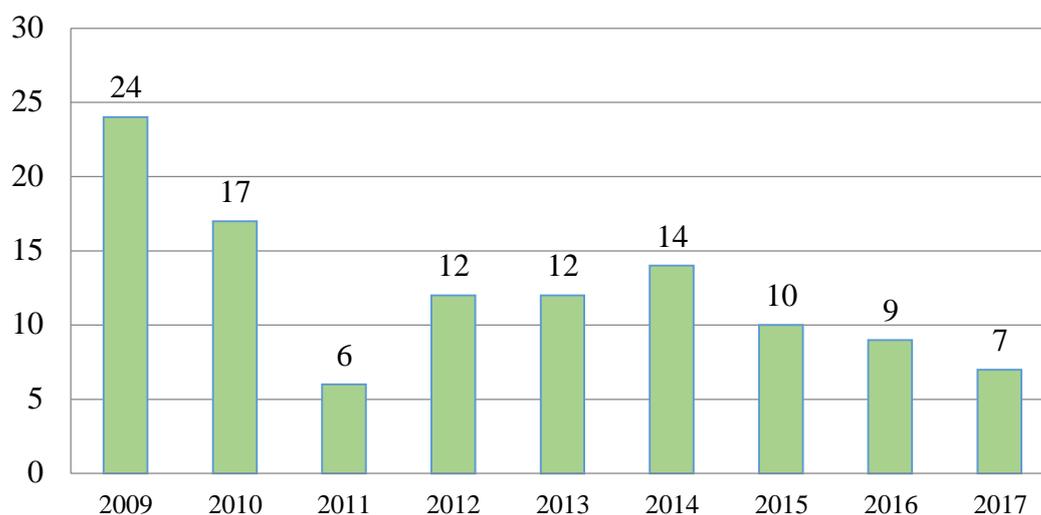


Рис.1. Динамика темпов роста фармацевтического рынка, % [1]

На современном этапе развития фармацевтического рынка аптечные сети продолжают постоянно активно консолидироваться, одиночные аптеки объединяются в аптечные сети, а аптечные сети – в ассоциации и союзы. Это приводит к образованию новых отраслевых лидеров, которые занимают первые строчки рейтингов. [2]

На сегодняшний день независимых аптечных учреждений в РФ насчитывается около 10800 шт., совокупная доля на рынке которых составляет 19,8%. Кроме того работает примерно 2100 независимых малых аптечных сетей в общем это составляет еще порядка 7200 аптечных учреждений и 9,8% от общего стоимостного объема российской фармацевтической розничной сети.[3]

В таблице представлен рейтинг TOP-10 аптечных сетей по доле на розничном коммерческом рынке лекарственных средств Российской Федерации (в стоимостном выражении) по итогам 1 полугодия 2018 года.

Таблица 1. TOP-10 аптечных сетей по доле на розничном рынке ЛП России

Наименование аптечной сети	Количество на 1 июля 2018 год	Выручка за янв-июнь 2018 млн.руб.	Средняя выручка на одну аптеку в месяц, млн. руб.	Доля рынка, %
Ригла(Москва)	2 226	32 336	2,53	5,42
ГК Эркафарм (Москва)	1 354	27 278	3,49	4,57
Имплозия (Самара)	2 533	23 084	1,55	3,87
Group 36,6 (Москва)	1 329	23 018	2,65	3,86
Планета здоровья (Пермь)	1 560	17 552	1,97	2,94
Нео-Фарм (Москва)	533	16 016	5,46	2,69
Апрель (Кранодар)	1 234	13 479	2,14	2,26
Вита (Самара)	1 297	13 030	1,91	2,19
Фармлэнд (Уфа)	1 052	11 870	1,94	1,99

	Наименование аптечной сети	Количество на 1 июля 2018 год	Выручка за январь-июнь 2018 млн.руб.	Средняя выручка на одну аптеку в месяц, млн. руб.	Доля рынка, %
0	Фармаимпекс (Ижевск)	758	9 746	2,17	1,63

Согласна таблице 1, лидером является аптечная сеть «Ригла», доля рынка которой составляет 5,42 %.

Увеличение объемов и уменьшение издержек одна из задач аптечных сетей России. Как показывает практика, придерживаясь определенного плана, аптечная сеть может увеличить свои объемы и способна занять большую долю рынка.

Одним из факторов для аптечной сети, которая стремится стать лидером среди конкурирующих предприятий, является узнаваемость его бренда. Также определяющим фактором служит система самообслуживания, однако не все клиенты способны себя обслужить в связи с различными факторами и причинами. И поэтому, предпочтительно будет необходимо придерживаться следующих ориентиров:

- ассортимент средств должен держаться на уровне 2000-3000 препаратов, наличие большого количества не лекарственных средств более 20%;
- дорогостоящая продукция известного бренда;
- комфортабельное и уютное помещение в зависимости от потока клиентов;
- минимизация очереди в любое время дня и ночи и наличие обслуживающего персонала;
- наличие квалифицированных работников, которые способны проконсультировать по медицинской продукции и по косметике;
- наличие экономического образования у фармацевтов, способных стимулировать клиента на покупку дорогого препарата, а так же находить замену дорогостоящего препарата на дешевый аналог для среднего слоя населения.[4]

Таким образом, развитие аптечных сетей и ассоциаций показывает, что данный сегмент фармацевтического рынка РФ находится в стадии активного формирования своей структуры, а увеличение доли на рынке и активность в сфере консолидации компаний – находится в тренде развития всего фармацевтического рынка, темпы роста которого показывают положительную динамику.

Список литературы

1. Евстратов, А.В. Как чувствует себя фармрынок: тренды и прогнозы [Текст] / А.В. Евстратов, А.Е. Гончарова // Новая аптека. – 2018. – № 2. – С.22-26.
2. Евстратов, А.В. Обоснование эффективности процессов слияний и поглощений на фармацевтическом рынке: мировой опыт и российская специфика / А.В. Евстратов, А.Е. Гончарова // BaikalResearchJournal. – 2017. – Т.8. – № 4. – DOI: 10.17150/2411-6262.2017.8(4).20.
3. Евстратов, А.В. Слияния и поглощения на фармрынке: предвестник кризиса или платформа для роста [Текст] / А.В. Евстратов, В.С. Игнатьева // Новая аптека. – 2017. – № 7. – С.50-53.
4. Казьмин К. Н. Формирование и развитие аптечных сетей на фармацевтическом рынке Российской Федерации // Вопросы экономики и управления. — 2017. — №1. — С. 20-22. — URL <https://moluch.ru/th/5/archive/51/1652/> (дата обращения: 18.10.2018).

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ДИСТРИБЬЮТОРСКИХ СЕТЕЙ НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Морозова Александра Олеговна

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Научный руководитель: к.э.н., доц. Евстратов Александр Владимирович

В статье рассмотрены основные особенности формирования дистрибьюции на фармацевтическом рынке Российской Федерации, определены закономерности формирования его структуры, а также выявлены наиболее важные тенденции развития данного рынка.

Ключевые слова: фармацевтический рынок, дистрибьютор, лекарственные средства, рыночная экспансия, рыночная концентрация, лекарственное средство, распределительная сеть.

В настоящее время дистрибьюторские сети занимают важное место в развитии фармацевтического рынка Российской Федерации. Как правило, данный рынок формируется в связи с постоянным увеличением числа поставщиков лекарственных средств, подтверждающим эффективное развитие структуры рынка.

Опираясь на анализ показателей оптового сегмента развитых стран, можно сделать вывод, что Российской Федерации еще далеко до приближения к подобному уровню (например, в 2011 году доля ТОП-3 дистрибьюторов в США составляла также около 85 % фармацевтического рынка). Но, несмотря на это, дистрибьюторское звено на фармацевтическом рынке Российской Федерации можно назвать высококонкурентным [1, с. 36].

Значительное преимущество на фармацевтическом рынке, как правило, удерживают крупные дистрибьюторы. Исходя из данных, представленных на рис. 1, можно сказать, что объем фармацевтического рынка Российской Федерации характеризуется положительной динамикой роста.

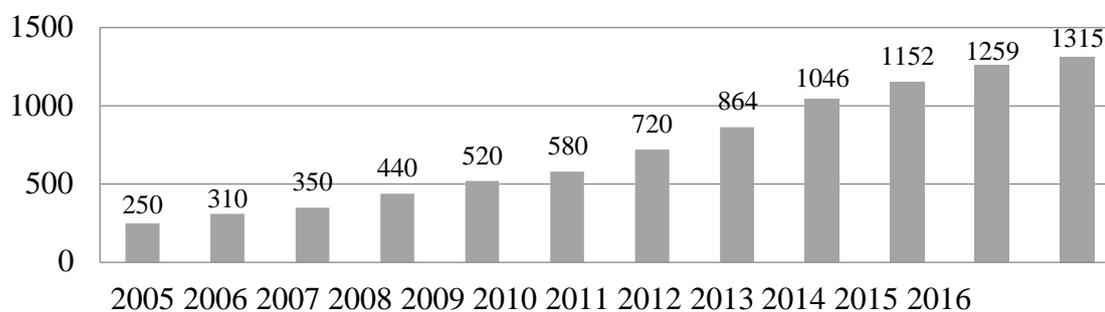


Рис. 1 – Динамика объема фармацевтического рынка Российской Федерации, млрд рублей [1, с.37].

Изучив мнение многих исследователей фармацевтического рынка, можно сделать вывод, что данный результат связан с девальвацией рубля, инфляционными тенденциями и повышением уровня номинальных доходов населения страны.

В табл. 1 представлен рейтинг российских фармацевтических дистрибьюторов по доле рынка прямых поставок лекарственных средств.

Рейтинг	Дистрибьютор	Центральный офис	Доля на рынке отгрузок в точки конечной реализации ЛП, %	
			1 кв. 2018	1 кв. 2017
1	«Протек»	Москва	18,8	19,0
2	«Катрен»	Новосибирск	18,1	15,5

3	«Пульс»	Химки	16,9	14,9
4	«Фармкомплект»	Н. Новгород	4,7	3,9
5	«ФК Гранд Капитал»	Москва	4,3	2,8
6	«СИА Интернейшнл»	Москва	4,2	4,5
7	«БСС»	Санкт-Петербург	4,0	3,7
8	«Биотэк»	Москва	3,0	2,6
9	«Р-Фарм»	Москва	2,6	3,3
10	«ПрофитМед»	Москва	2,2	1,6

Источник: Рейтинг российских фармдистрибьюторов

Таб. 1 – Топ-10 фармдистрибьюторов по доле рынка прямых поставок ЛП (с учётом льготных поставок, в т.ч. региональных), в стоимостном выражении, по итогам 1 кв. 2018 г.

Опираясь на анализ данных таблицы, видно, что среди дистрибьюторских компаний лидерами являются «Катрен» и «Протек», суммарная доля, которых на фармацевтическом рынке Российской Федерации составляет 36,9 %.

Формирование и развитие структуры дистрибьюторской сети на фармацевтическом рынке Российской Федерации демонстрирует тенденцию к усилению концентрации компаний в рамках горизонтальной и вертикальной интеграции.

Горизонтальная интеграция фармацевтических компаний представляет процессы слияний и поглощений на уровне «дистрибьютор↔дистрибьютор», в то время, как вертикальная интеграция являет собой процессы слияний и поглощений на уровне «дистрибьютор↔аптечная сеть». Например, в последние годы многие крупные дистрибьюторы осуществили процессы вертикальной интеграции и приобрели аптечные сети («Катрен», «Протек», «Роста») [2, с. 33].

Важно также отметить, что начиная с 2001 года, дистрибьюторские компании на фармацевтическом рынке Российской Федерации, демонстрируют склонность к постоянному увеличению такого показателя, как уровень концентрации. Проследив за динамикой уровня концентрации дистрибьюторов, следует отметить: к 2016 году данный показатель составил 47% для первых трех участников оптового звена, для первых четырех участников – 69%, для пяти – 87% (рис. 2).

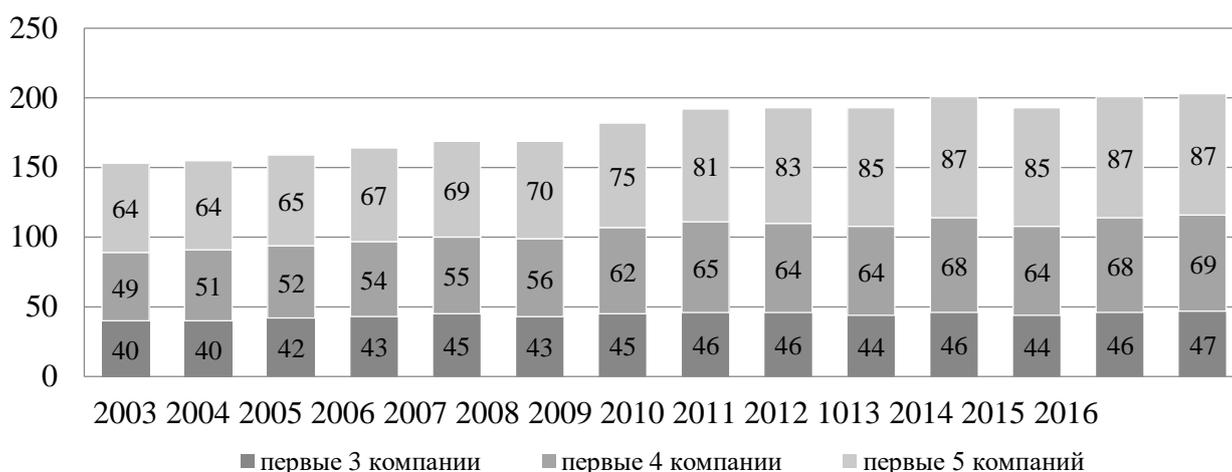


Рис. 2 – Уровень концентрации дистрибьюторов (первые 3,4,5 компаний) на фармацевтическом рынке Российской Федерации [1, с. 48].

Подводя итоги данной работы, необходимо заметить, что процесс формирования структуры каналов распределения на фармацевтическом рынке еще не завершен, и подтверждением этому является мнение О. Н. Пушкарева, о том, что на фармацевтическом

рынке Российской Федерации «наиболее распространенным является канал сбыта второго уровня: производитель – оптовый посредник (дистрибьютор) – аптека – покупатель» [3, с.50].

Таким образом, оптовый сектор фармацевтического рынка является важным звеном в сфере лекарственного обращения. Его характерными особенностями являются – высокий уровень консолидации отрасли, не исключаяющей существования жесткой конкуренции. В перспективе крупные национальные фармацевтические дистрибьюторы останутся лидерами отрасли, осуществляющими вертикальную интеграцию дистрибуции, фармацевтического производства и аптечного сектора.

Список литературы

1. Евстратов А.В., Рябова Г.А. Основные тенденции и перспективы развития фармацевтического рынка Российской Федерации // Молодой ученый. 2014. – № 19(77).
2. Мартынюк О.В., Евстратов А.В. Особенности развития дистрибуции на фармацевтическом рынке Российской Федерации // Международный научно-исследовательский журнал. 2014. – №5-2 (24). – С. 32-35.
3. Третьякова Е.А., Шилова Е.В. Концептуальное моделирование динамической системы управления конкурентоспособностью фармацевтических промышленных предприятий // Вестник Пермского университета. 2012. – №2(13). – С. 42-51.

УДК 339.138

SWOT- АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕКИ

Сбойчакова Диана Ираклиевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Ситникова Светлана Евгеньевна

Для определения своего места на рынке и прогнозирования деятельности каждая аптечная организация должна анализировать и оценивать свой потенциал, а также факторы, которые влияют на ее развитие. Сейчас конкуренция диктует нам быть в постоянном движении в направлении формирования лояльности конечного потребителя, при этом формирование этого ключевого фактора зависит не от одного специалиста, а от всей команды организации. Лояльность покупателя - это фактор, который можно назвать достаточно «полярным», сегодня человек привержен вашей аптеке, а завтра - только что открывшейся по соседству. Завоевать клиента, а в последующем его удержать, получив при этом максимальную выгоду, - вот главная цель маркетинга.

Чтобы получить ясную оценку деятельности аптечного предприятия и общей ситуации на рынке существует SWOT-анализ (SWOT - аббревиатура первых букв английских слов: strengths - сильные стороны, weaknesses - слабые стороны, opportunities - возможности и threats - опасности, угрозы). Данный инструмент позволяет оценить, обладает ли аптечная организация внутренними силами и ресурсами, чтобы реализовать имеющиеся возможности и противостоять угрозам, и какие внутренние недостатки требуют скорейшего устранения.

Целью SWOT-анализа является определение всех сильных и слабых сторон организации, которые рассматриваются как внутренние факторы, а также изучение внешних факторов, каковыми являются рыночные возможности и угрозы, для получения четкого представления основных направлений развития предприятия. На основе такого исследования организация должна максимально использовать свои сильные стороны, попытаться преодолеть слабости, воспользоваться благоприятными возможностями и защититься от потенциальных угроз.

Представим SWOT -анализ аптечной сети «Вита».

Возможности:

- снижать цены на еще больший ряд товаров;
- расширение спектра услуг;
- открытие новых аптек, в разных районах города;

- новое оборудование;
- открытие еще одной кассы для оперативного обслуживания клиентов;
- принятие на работу консультанта по косметике;
- проведение новых акций повышающих лояльность клиентов.

Угрозы:

- открытие близстоящих аптек, конкуренция;
- снижение покупательской способности ;
- повышение цен, связанное с подорожанием бензина, следовательно, удорожанием доставки со склада в аптеку;
- снижение цен у близстоящих аптек;
- недоверие потребителей к подлинности товаров.

Сильные стороны:

- возможность заказывать редкие товары без предоплаты;
- собственный склад;
- наличие центральной аптеки – склада, из которой можно доставлять товар в течение суток в другие аптеки города;
- бонусные карточки, позволяющие копить баллы, а в дальнейшем списывать их на покупки;
- стабильная з/п;
- возможность повышать свою з/п;
- низкие цены на большой ряд товаров по сравнению с другими аптеками;
- известный логотип;
- возможность интернет-заказов ;
- постоянные обучение специалистов, которое позволяет повышать их квалификацию;
- дружный коллектив, готовый всегда прийти на помощь в любых возникающих вопросах;
- выпуск своего журнала для фармацевтов, работающих в данной сети, освещающего полезные темы, а так же заслуги работников;
- собственная система поощрения для фармацевтов;
- рост числа постоянных покупателей;
- интерьер аптек;
- четкое зонирование ассортимента.

Слабые стороны:

- перебои в работе компьютерного обеспечения;
- открытая выкладка товара;
- задержка товара;
- перебои с поставкой канцелярии;
- недостаток специалистов.

Теперь, благодаря тому, что определили сильные и слабые стороны, угрозы и возможности, мы можем их связать и сделать выводы.

Сильные стороны и Возможности: повышение лояльности покупателей путем введения новых видов услуг; расширение коллектива; увеличение тематических выкладок, пометка их указателями; возможность поставить детский стол с раскрасками и играми в помещении; в отделе ортопедии установить кушетку для более профессионального подбора ортопедических подушек.

Сильные стороны и угрозы: если откроется новая аптека, то первое время она будет сильно снижать цены, т.о. перетягивать к себе клиентов.

Слабые стороны и возможности: закупить новое оборудование, которое будет помогать быстрее и качественнее обслуживать клиентов; открыть новый склад для более быстрой доставки товара в аптечные сети.

Слабые стороны и угрозы: если не наладить работу программного обеспечения, будут постоянные сбои во время работы, покупатели не смогут долго ждать, пока все неполадки

устранят; наладить поставку канцелярии, т.к. из-за этого нет пакетов и скоб, которые необходимы при сборке интернет-заказов.

Таким образом, рыночные возможности во многом определяют стратегию аптечной организации. В самом деле, менеджеры не в состоянии выбрать стратегию развития, соответствующую положению аптечной организации без предварительной оценки всех возможностей отрасли, а также темпов роста и потенциальной прибыльности, которую каждая из них обеспечивает. В зависимости от условий отрасли возможности могут быть как многообещающими, так и бесперспективными.

Стоит помнить, что SWOT-анализ лишь один из многих инструментов стратегического планирования. И для более широкого изучения, стоит пользоваться сразу несколькими инструментами стратегического менеджмента.

Список литературы

1. Дрёмова Н. Б. Маркетинг в фармации // Фарм. журн.— 2000.— № 1.— С. 24–27.
2. Краснокутский А. Б., Лагунова А. А. Фармаэкономика. Т.1. Системный анализ мирового фармацевтического рынка. Научн. ред. В. М. Падалкин.— М.: Классик-Консалтинг, 1998.— 344 с.
3. Маркова В. Д., Кузнецова С. А. Стратегический менеджмент: Курс лекций.— М.: ИНФРА-М; Новосибирск: Сибирское соглашение, 1999.— 288 с.

УДК 614.21:338.24

ФОРМИРОВАНИЕ ИМИДЖА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Бортовая Екатерина Витальевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Ситникова Светлана Евгеньевна

Главной функцией имиджа является формирование положительного отношения к социальному субъекту – кому-либо или чему-либо. Если положительное отношение сформировано, то за ним вследствие влияния социальных связей обязательно последуют доверие и, в свою очередь, высокие оценки и уверенный выбор.

Медицинская организация должна принять активные действия для создания адекватного формирования восприятия пациентами. Но, несмотря на это, мнения клиента и организации может отличаться друг от друга. Если компания при создании имиджа игнорирует создание внутреннего облика организации, то целостность имиджа будет нарушена. Эффективный имидж медицинской организации позволит организациям добиться многих преимуществ, например, среди них можно отметить следующие:

- во-первых, устойчивый имидж защитит организацию от конкурентов;
- во-вторых, благоприятный имидж позволит организации завоевать и удержать свои позиции;
- в-третьих, эффективный имидж обеспечит организации благоприятное восприятие со стороны СМИ, персонала, инвесторов и других заинтересованных лиц;
- в-четвертых, стабильный имидж организации обеспечит эффективные условия для работы [1].

ООО «КДЛ «Диалайн» представляет собой сеть из 14-ти современных Центров лабораторной диагностики и крупнейшей в Волгоградской области лаборатории [2]. Лаборатория «Диалайн» оснащена высокотехнологичным оборудованием, что позволяет применять уникальные лабораторные методики для выполнения сложнейших исследований.

Слагаемые имиджа ООО «КДЛ «Диалайн»: миссия, ценности, элементы фирменного стиля (товарный знак, корпоративные цвета), оформление сайта, вывески, вышитого логотипа на форме сотрудников и др.

Миссия компании – сделать доступными качественные клинико-диагностические услуги и современные медицинские технологии для жителей региона и других городов.

Ценности ООО «КДЛ «Диалайн»: Наша Компания – это команда профессионалов и высокие технологии медицинской помощи и сервиса, предназначением которых является:

- создавать здоровое будущее сейчас, заботиться о будущих поколениях сегодня – это смысл нашей работы и формула нашего успеха;
- брать на себя ответственность за свой профессионализм, уровень сервиса, качество и доступность медицинских услуг, чтобы оправдать доверие пациента;
- вместе с нашими пациентами создавать лучшее будущее.

Символ компании состоит из названия на русском языке, розовыми буквами на бежевом фоне. Данное оформление было предложено собственниками медицинской организации и используется в качестве элементов брендинга (оформление сайта, вывески, вышитого логотипа на форме сотрудников и др.).

Важным элементом фирменного стиля является цвет. Применение корпоративных цветов обязательно при использовании элементов фирменного стиля, регламентированных настоящим руководством. Основными корпоративными цветами ООО «КДЛ «Диалайн» являются розовый и бежевый цвета. Эти цвета являются воплощением уверенности.

Имидж предприятия у потребителей положительный. Компания пропагандирует здоровый образ жизни и семейные ценности. Информацию об акциях ООО «КДЛ «Диалайн» размещает в социальной сети Инстаграм. Среди последних акций можно отметить такие, как акция «Семейная сдача анализов со скидкой 30%», Мастер Класс – «Здоровый завтрак». По результатам независимого исследования, которое проводит ежегодно медиагруппа ПРЕМИЯ, Диалайн стал самым популярным волгоградским брендом в 2016 году.

Имидж предприятия у государства положительный, так как ООО «КДЛ «Диалайн» осуществляет свою деятельность в строгом соответствии с федеральными и региональными законами, своевременно уплачивает налоги и сборы, обеспечивает социальную защиту своим работникам.

Имидж предприятия у общества, прежде всего, определяется активностью предприятия в политической, экономической, социально-культурной жизни общества. ООО «КДЛ «Диалайн» всегда поддерживает и помогает развитию культурных мероприятий города Волгограда. Так, например, 26 мая 2018 Диалайн Лаборатория принимала участие в библиоакции. По окончании всех мероприятий, самые активные участники получили Дисконтные карточки Диалайн.

Имидж предприятия у бизнес-партнеров складывается, исходя из их представлений о его добросовестности и надежности, деловой активности, привлекательности предлагаемых условий сотрудничества. ООО «КДЛ «Диалайн» старается поддерживать репутацию лояльного к партнерам предприятия, ведущего честную и открытую политику в отношениях с контрагентами и своевременно выполняющего свои финансовые и иные обязательства.

Имидж предприятия у работников формируется на основе мнения персонала о своем предприятии. ООО «КДЛ «Диалайн» является желанным работодателем: подавляющее большинство сотрудников оказались здесь не случайно, они осознанно стремились работать в данной компании. Компания уделяет особое внимание процессу обучения сотрудников и в этом плане предоставляет множество возможностей: от индивидуального обучения или наставничества новичков до масштабных лекций и конференций.

Список литературы

1. Творогова Н.Д., Кулешов Д.В. Доверие к медицинскому учреждению // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. - 2017. - № 3 (9). - С. 53-71.
2. <http://www.dialine-lab.ru/>– официальный сайт ООО «КДЛ «Диалайн»

МАРКЕТИНГОВЫЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Шелкова Мария Сергеевна

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

В настоящее время изменения в сознании населения приводят к изменению структуры спроса на медицинские услуги и медицинские товары - растет спрос на информационные ресурсы, препараты для самостоятельного лечения, профилактические процедуры и медицинские услуги [1]. В то же время потребитель достаточно информирован, что обуславливает рост его требований к качеству и безопасности медицинской услуги. Это не только усиливает конкуренцию на рынке медицинских услуг, но и меняет условия функционирования предприятий, ранее действовавших в условиях рынка продавца. В результате появления рынка покупателя, учреждения здравоохранения вынуждены прибегать к маркетинговым исследованиям, акциям продвижения своих услуг [2].

ООО «Инвитро» представляет собой крупнейшую частную лабораторную сеть на территории Российской Федерации с полным соответствием международным стандартам лабораторных исследований. Медицинские офисы ООО «Инвитро» в г. Волгоград работают по системе франшизы, все рекламные и маркетинговые материалы разрабатываются в головном офисе компании в г. Москва.

Развитием деятельности, наполнением официального сайта <https://www.invitro.ru> материалами, формированием программы скидок для постоянных клиентов занимается отдел маркетинга, в состав которого входят служба оказания услуг и рекламная служба.

Достаточно много внимания в ООО «Инвитро» уделяется развитию официального сайта, размещенного в сети Интернет (<https://www.invitro.ru>) [3]. На официальном сайте приводится информация о деятельности медицинских офисов ООО «Инвитро», предоставляемые услуги, информация о текущих акциях, а также информация для пациентов, специалистов, текущие новости и контактные данные. Также существует возможность создать личный кабинет на сайте, вызвать специалиста на дом он-лайн. Также на официальном сайте приводится информация ценам на оказываемые услуги, публикуются информационные материалы пресс-центра.

В ООО «Инвитро» также выпускается электронный корпоративный журнал под названием «INVITRO. Лабораторная работа». На сайте можно скачать последние выпуски журнала и ознакомиться также с новинкой - журналом «Лабораторная работа. Детский выпуск».

Логотип INVITRO всегда сохраняет преемственность в главном – в использовании фирменного цвета INVITRO BLUE: единстве гармонии и динамичной формы, отражающем постоянное стремление к совершенству.

Фирменный паттерн демонстрирует ключевую компетенцию компании: из него выстраивается брендовый медицинский крест INVITRO. Сочетание всех оттенков INVITRO BLUE в паттерне позволяет придать неповторимый вид любому носителю фирменного стиля.

Обновление фирменного стиля – это наглядный пример движения компании вперед. ООО «Инвитро» непрерывно развивается, она очень динамична и всегда предлагает возможности для роста своим сотрудникам.

Медицинские офисы ООО «Инвитро» в г. Волгоград оформлены в едином стиле компании.

В декабре 2016 года в онлайн-эфире состоялся запуск телеканала MED2MED – первого в России мультиплатформенного медицинского телевидения. Телеканал MED2MED задуман как интерактивный клуб, который объединит вокруг себя профессиональных практикующих медиков, видеоплощадка, где ученые, врачи, младший медицинский персонал, представители

менеджерского звена будут получать актуальную информацию на самые разные профессиональные темы. Руководство ООО «Инвитро» надеется, что телеканал станет не просто площадкой по интересам, но и образовательным ресурсом.

Рекламными агентствами ведется разработка печатных материалов, буклетов, информационных календарей с брендом ООО «Инвитро» и распространение их в городе Москва и регионах.

Среди ближайших конкурентов ООО «Инвитро» в г. Волгоград следует отметить центр лабораторной диагностики «Диалайн», сеть клиничко-диагностических лабораторий «KDL» и Лабораторную службу «Хеликс».

Список литературы

1. Ельсиновская С.О. Продвижение платных медицинских услуг: инструменты, которые работают / С.О. Ельсиновская // Здравоохранение. - 2016. - № 5. - С. 28-35.
2. Земляк С.В. Формирование маркетинговых отношений в сфере платных медицинских услуг / С.В. Земляк // Маркетинг и логистика. - 2017. - № 2 (10). - С. 57-70.
3. <https://www.invitro.ru> – официальный сайт ООО «Инвитро»

УДК 658.8

ВИДЫ МАРКЕТИНГА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кулешова Лидия Дмитриевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента Ситникова Светлана Евгеньевна

В настоящее время многие предприятия и учреждения, функционирующие в области здравоохранения, предоставляют свои услуги на коммерческой основе. Для того чтобы уцелеть на конкурентоспособном рынке, медицинским организациям необходимо ориентироваться на те запросы и требования, которые к ним предъявляют потребители данного вида услуг.

Термин «маркетинг» в буквальном смысле означает рыночную деятельность, работу с рынком. Современный маркетинг понимается как бизнес, который представляет собой предпринимательскую деятельность и организует направление потока товаров и услуг от производителя к потребителю. Используя данную рыночную концепцию управления, предприятие не просто оставляет свой след в рыночных явлениях (событиях), а проводит продуманную политику по тому, как стать лидером на рынке сбыта, активно формируя потребности субъектов рынка и спрос с целью достижения максимальной прибыли.

Определение «медицинский маркетинг» трактуется как некая деятельность, направленная на получение информации обо всех потребностях населения страны в сфере медицинского обслуживания. Виды медицинского маркетинга представлены на рис. 1.



Рисунок 1 – Виды маркетинга в сфере здравоохранения

Сам по себе маркетинг медицинских услуг играет огромную роль в формировании у населения мотивации в укреплении здоровья и создании соответствующего здоровому человеку образа жизни. Он также формирует имидж человека и, в целом, организует систему правильной работы организма. Необходимость в данном виде маркетинга обусловлена тем, что потребительский спрос на медицинские услуги растет с каждым днем все больше и

больше. В развитых странах уже несколько десятков лет наблюдается тенденция снижения смертности, которая сопровождается различными демографическими сдвигами (например, старостью населения или снижением рождаемости). Все это ведет за собой рост хронической патологии и появление инвалидности. Поэтому, проблема количества и качества медицинских услуг стоит остро на сегодняшний день.

В любой точке мира здравоохранение является сферой производства медицинских услуг. Медицинские услуги представляют собой некую совокупность достаточных, целесообразных действий медицинского работника, которые направлены на удовлетворение потребностей пациента.

Медицинские услуги характеризуются тем, что их нельзя почувствовать, увидеть. Они никогда не отделяются от своего источника, поскольку их осуществление способен произвести только сам субъект, который предоставляет услуги. Особенность того, что медицинские услуги невозможно сохранить в первоначальном виде объясняется тем, что срок выполнения работы врача определяется неточно, возникают некоторые трудности. Лечение, приписанное пациенту, не дает закрепляющего результата, и поэтому, врачи почти в 85% случаев берут предоплату за различного рода процедуры. Стоит также отметить и такую важную характеристику как качество. Качество предоставляемых услуг крайне непостоянно. Это связано с тем, что потребитель может столкнуться с ситуациями, когда специалисты не владеют достаточным багажом знаний для того, что осуществить оказываемую услугу в полной мере, или когда медицинская организация и вовсе не имеет инструментария для ее выполнения. В таких случаях эффективность предлагаемых пациенту операций падает.

Маркетинг организации предполагает оценку существующего образа компании и разработку плана маркетинга по улучшению этого образа. Первым шагом в процессе оценки образа является выявление нынешнего образа организации и его похожесть или непохожесть на форму работы других медицинских учреждений. Следующий шаг требует от организации формулирования образа, который она хотела бы иметь. Предприятие должно периодически повторять обследования своих отделов, чтобы установить, способствуют ли предпринимаемые ею действия улучшению этого образа.

Под маркетингом отдельных лиц понимают создание хорошей репутации у представителей медицинских учреждений. Главными особенностями данной концепции управления является наличие популярности у специалистов и их уровень квалификации. При наличии конкуренции, медицинские работники определяют свое положение на рынке труда с целью максимальной мобилизации приобретенных знаний и умений.

Маркетинг идей можно представить как разработку различного рода задумок и положений, способных в будущем оправдать действенность на практике. В процессе маркетинговых идей используется сегментирование, изучаются потребности пациентов, разрабатываются коммуникации и стимулы для достижения ответной реакции определенной целевой группы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что несмотря на высокий уровень потребностей людей, медицинские услуги должны обладать надлежащей степенью качества. Именно качественно оказываемые услуги делают предприятия и учреждения конкурентоспособными и долговечными на рынке.

Список литературы

1. Ксандопуло Г. Ю. Маркетинг в сфере здравоохранения // Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. – 2017. – №7. – С. 196-200.
2. Махмудова М. А. Особенности маркетинга в здравоохранении // Биология и интегративная медицина. – 2017. – №7. – С. 164-173.
3. Целоева Е. С. Маркетинговая стратегия в управлении здравоохранением // Актуальные проблемы управления: теория и практика. – 2016. – С. 161-165.
4. Решетников А. В., Алексеева В. М., Галкин Е. Б. Экономика здравоохранения // М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2003. – С. 271.

РОЛЬ «DIGITAL» МАРКЕТИНГА В ФОРМИРОВАНИИ ЛОЯЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТА КЛИНИКИ

Мамаева Дарья Дмитриевна

Россия, Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. Аракелова Ирина Владимировна

В период стремительного продвижения цифровых технологий инновационная активность предприятия является одним из важнейших факторов развития компании. Применение «Digital» технологий определяет широкие возможности как для развития медицинской сферы в целом, так и для формирования эффективных коммуникаций непосредственно с самим потребителем медицинских услуг. В широком смысле «Digital-маркетинг» можно определить, как процесс применения различных цифровых устройств и технологий для продвижения компании и привлечения внимания потребителей.

Сегодня, современные медицинские учреждения нацелены на выстраивание долгосрочных отношений с пациентами и формирование их лояльности. Что не только экономически более выгодно, чем привлечение новых пациентов, но также влияет на сохранение конкурентоспособности медицинской компаний в средне- и долгосрочной перспективе.

С применением цифровой экономики, привычная модель коммуникаций клиники с пациентом радикально меняется в пользу многоканальности связей между данными взаимодействующими сторонами. Потребители медицинских услуг активно используют такие сервисы как социальные сети, сайты компаний, мобильные приложения, а также личный контакт с врачом посредством мессенджеров. А имея в сети «Интернет» онлайн доступ к информации о предположительных симптомах болезни, а также возможность поиска подходящей клиники и врача, потребители медицинских услуг становятся более подготовленным и требовательными.

Открытость и доступность данных, в свою очередь определяет высокие требования, как к качеству самой информации, так и к формату ее предоставления. Она должна быть доступна в любое время, в любом месте, в том формате и на том устройстве, которым потребителю услуг удобно пользоваться прямо сейчас.

Таким образом, расширение каналов коммуникаций позволяет разработать и выстроить отношения с клиентами индивидуально и максимально удобными для них способами - т.е., формируя лояльность пациента посредством инструментов «Digital» маркетинга.

Учитывая тот факт, что одним из первых каналов коммуникаций к которому обращаются потенциальные пациенты, является официальный интернет-сайт медицинского учреждения, его форме, содержанию и функционалу необходимо уделять особое внимание. Интернет-сайт клиники - это ее «лицо», именно по нему потенциальный потребитель медицинских услуг формирует свое первое впечатление и принимает последующее решение - доверить здоровье именно этой клинике или продолжить поиски альтернативной. От удобства пользовательского функционала интернет-сайта зависит степень раздраженности или комфорта потенциального клиента.

С ростом популярности мобильных устройств, количество пользователей, обращающихся на интернет-сайты медицинских учреждений при помощи них, заметно увеличилось. Что обуславливает обязательное наличие адаптивной версии интернет-сайта клиники для мобильного устройства, и рассматривается как один из аспектов формирования положительной репутации компании в сети «Интернет», а также повышения уровня лояльности.

Так же, в рамках проводимого в марте 2018 года компаниями «Google» и «Kantar TNS» исследования выявлено, что 53% онлайн - аудитории покидают мобильный сайт, если он загружается более трех секунд и 90% - если приходится ждать пять и более секунд [3]. Т.е., в

случае некачественно разработанной мобильной версии интернет-сайта клиники, потенциальный пациент может рассматривать данный факт, как нежелание медицинского учреждения заботиться о его удобстве, что крайне негативно сказывается на общем уровне лояльности.

В рамках рассмотрения «Digital» маркетинга как инструментария формирования положительного облика клиники и лояльности ее потенциального пациента, необходимо отметить немаловажное направление - систематическую работу с отзывами на различных «Интернет- ресурсах», т.к. информация о врачах и клинике на сегодняшний день легкодоступна в сети.

В подтверждение важности данного направления, приведем результаты мониторинга, проведенного специалистами компании «МедАналитика» - 40% потенциальных пациентов перед первым походом на прием ищут информацию и отзывы о враче сети «Интернет» [2]. Доверие является основополагающим фактор при выборе медицинского учреждения.

Любой отклик пациента не должен остаться без ответа, а полученная информация генерироваться для последующей оптимизации деятельности медицинского учреждения. Такой подход позволит клинике продемонстрировать свою ответственность перед пациентами и желание в выстраивании двухсторонней коммуникации с активной поддержкой обратной связи. И как результат, сформировать значительный уровень лояльности.

К еще одному инструменту формирования положительной репутации в интернет-пространстве можно отнести маркетинг в социальных сетях - SMM (social media marketing). Поскольку современные пользователи много времени проводят на различных социальных площадках, активность бренда в этой нише привлечёт внимание потенциальных потребителей. Клиники могут создавать лояльные связи с потенциальными пациентами в социальных сетях посредством прямого общения и создания полезного контента (информационного содержания). Активные пользователи, которым понравился контент, будут распространять информацию дальше, причем не только онлайн, но и офлайн. Таким образом, взаимодействие с пациентом посредством SMM-маркетинга повышает узнаваемость бренда и формирует лояльное отношение к клинике.

«Digita» маркетинг позволяет медицинской клинике не только завоевать аудиторию в сети интернет, но и дает возможность построить клиентоориентированный сервис внутри самой клиники посредством CRM-систем и автоматизированных программ лояльности. CRM открывает расширенные возможности для использования информации как для понимания пациентов, так и для лучшего применения стратегий маркетинга, тем самым повышает фокусирование на интересах пациентах для построения долгосрочных взаимовыгодных отношений.

Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что лояльность в «Digital» среде достигается путем использования цифровых коммуникаций как в он-лайн, так и в офф-лайн режимах. Значительное расширение каналов коммуникации позволяет реализовывать комплексные программы управления лояльностью, а также существенно сократить временной период формирования лояльности клиентов. В условиях высокой конкуренции на рынке медицинских услуг вся деятельность современной клиники должна строиться вокруг удовлетворения запросов пациентов, что представляет собой клиентоориентированный подход к управлению.

Список литературы

1. Интернет-маркетинг и digital-стратегии. принципы эффективного использования: учеб. пособие / О. А. Кожушко, И. Чуркин, А. Агеев и др.; Новосиб. гос. ун-т, Компания «Интелсиб». – Новосибирск : РИЦ НГУ, 2015. – 327 с.

2. Как интернет помогает увеличить доход клиники. - medanalytics.ru [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medanalytics.ru/blog/udivitel'naya-statistika-vliyanie-interneta-na-rost-dohodov-kliniki/>

3. Google назвал главные интернет-привычки россиян. - tass.ru [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/5006728>

УДК 61

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ САРАТОВА

Воронкова Екатерина Александровна,

Россия. Саратовский социально-экономический институт(филиал)

РЭУ им. Г.В.Плеханова

Научный руководитель: д.э.н., профессор Кублин Игорь Михайлович

На сегодняшний день для всей стоматологической отрасли характерны такие тенденции, как: появление в бюджетных муниципальных поликлиниках подразделений, которые оказывают только платные стоматологические услуги; закрытие стоматологических кабинетов на предприятиях и в школах; очень быстрые темпы развития частного сектора стоматологических услуг. Таким образом, интенсивные преобразования в стоматологической отрасли региона ставят решение проблем анализа рыночных показателей в число весьма актуальных. Проанализируем факторы стоматологической отрасли при помощи модели «пяти сил» М. Портера.

1. Конкурентная борьба. В настоящее время в г. Саратове работает 481 практикующий стоматолог и функционирует около 177 стоматологических клиник, большая доля которых имеет приблизительно равные объемы продаж, что создает очень высокую конкуренцию. Маркетинговый анализ развития стоматологической отрасли региона подтверждает, что время его бурного, экстенсивного роста завершилось, и он перешел к новому этапу – сегментации[1]. Теперь стоматологические клиники стремятся найти свой участок рынка, где они смогут лучше всего проявить свои конкурентные преимущества [2].

2. Появление новых игроков. Выход новых игроков на саратовский стоматологический рынок класса «выше среднего» является маловероятным, так как имеются довольно высокие барьеры входа. У потенциальных конкурентов есть два главных пути создания бизнеса:

– создатель бизнеса – врач-стоматолог с желанием открыть собственное дело, но без нужных административных и предпринимательских навыков, кроме профессионального медицинского образования;

– создатель – опытный предприниматель, рассматривающий клинику с точки зрения прибыльного бизнеса и не более того.

3. Власть покупателей. Спрос на стоматологические услуги имеет свои особенности: он неэластичен по цене, то есть повышение или снижение цен на 10-15 % остается незамеченным рынком. Потенциальный потребитель услуг может оказать влияние на стоматологическую отрасль. Например, при одинаковых условиях спрос тем больше, чем меньше цена, и наоборот[3]. Важно учитывать и другие факторы, а именно:

– платежеспособность (чем больше доходы населения, тем выше вероятность обращения за более дорогой стоматологической услугой);

– демография населения (тенденция старения населения увеличивает спрос на ортопедические стоматологические услуги);

– диктуемая обществом мода (мода на здоровый образ жизни ведет к увеличению числа профилактических посещений врача и популярности эстетической стоматологии).

Различают следующие виды спроса на стоматологические услуги:

– отрицательный (на болезненные и дорогостоящие манипуляции);

– скрытый (пациент имеет потребность, которую практически невозможно удовлетворить посредством уже существующих на стоматологическом рынке услуг);

– падающий (сезонные колебания, например, заболевания полости рта чаще всего обостряются в весенне-осенний период);

– чрезмерный (у пациентов с хроническими заболеваниями из-за нарушения режима диеты или злоупотребления вредными привычками возникают обострения или травмы).

4. *Власть поставщиков.* Во-первых, рост цен на необходимые медикаменты и инструментарий ведет к росту себестоимости оказания услуги. Более того, если на стоматологическом рынке Саратова не планируется возникновение новых игроков, то поставщики материалов могут почувствовать силу своей переговорной позиции с клиниками. Во-вторых, прямое влияние может оказывать интенсивность поступления студентов в Саратовский медицинский университет по специальности «зубной врач», а также их отток из города после окончания обучения, что порождает трудность в поиске и удержании квалифицированных кадров. Отсюда возникает переманивание («head-hunting») со стороны конкурентов.

5. *Продукты - заменители.* Наибольшую угрозу это несет для профилактического направления стоматологии, в частности, это домашняя гигиена полости рта, предоставленная следующими видами продуктов: парадонтологические пасты, отбеливающие пасты, профессиональные зубные щетки, а также непосредственные рекламные механизмы продвижения этих продуктов.

Неочевидную угрозу для стоматологической отрасли также могут иметь альтернативные способы вложений своих денежных средств населением вместо дорогостоящего лечения зубов: накопление денег на покупку автомобиля или бытовой техники, отдых и т.п.

Все проанализированные в модели Портера аспекты стоматологической отрасли г. Саратова ведут к тому, что обследовать рейтинг всех конкурентов в целом довольно затруднительно. На наш взгляд, что более целесообразным является обследование конкуренции на рынке *детской стоматологии*. По заключениям врачей г. Саратова, именно детский и подростковый возраст является критическим для возникновения и развития кариеса зубов, что связано с интенсивным ростом организма, высокими учебными, творческими и спортивными нагрузками ребенка, нарушениями обмена веществ, перегрузкой высокоуглеводной пищей. У саратовских детей в возрасте от 9 до 15 лет кариесом поражен практически каждый 4-й зуб (при показателе распространенности кариеса 70%). В период смены зубов у детей г. Саратова в возрасте 5 – 8 лет от кариеса страдает уже почти каждый 5-й постоянный зуб (при 94% распространенности кариеса). Одной из причин столь неутешительных региональных показателей является низкое содержание фторидов в питьевой воде р. Волги (0,244 мг/л).

Для того чтобы обследовать конкурентную среду детской стоматологии, было проведено сравнение 10 ведущих стоматологических клиник Саратова, оказывающих услуги детской стоматологии, по следующим критериям:

- оказание полного спектра услуг;
- средняя оценка качества услуг потребителями;
- ценовой сегмент;
- режим работы (специалисты советуют приводить детей на прием к стоматологу утром, поскольку в именно в этот период дня они наиболее отдохнувшие, сытые и умиротворенные, однако не у всех родителей в силу рабочего графика имеются свободные утренние часы, поэтому работа клиники допоздна является несомненным преимуществом. Некоторые стоматологии даже работают до полуночи, что может быть вполне оправданным шагом, ведь в настоящее время пользуется популярностью такая услуга как лечение детских зубов во сне);

- активность digital-рекламы (выбор данного вида рекламы в качестве критерия был обусловлен тем, что целевым потребителем являются молодые семьи с детьми, которые в выборе клиники в значительной степени доверяют интернет-ресурсам). Критерий был проанализирован по трем подкритериям: порядковое место ссылки на сайт клиники при

поиске в «Google» по запросу «детская стоматология Саратов», оригинальность и запоминаемость сайта, наличие видео-сюжетов и интервью о клинике.

Конкурентами в детском сегменте являются стоматологии: «БелозубоффKids», «Зубная фея», «Ультра», «Семейный стоматолог», «Мастер-дент», «Здоровье», «Краун», «Практик», «Гелиос», «Альфа-Дент».

Возможным противодействием между ними может стать снижение цены (ценовой «прессинг») вследствие достаточно устойчивого положения на рынке. Одну стратегическую группу также составляют стоматологии «Гелиос» и «Мастер-дент», предоставляющие услуги эконом-класса.

Маркетинговые исследования показали, что для рынка стоматологических услуг г. Саратова характерна высокая конкуренция. Рынок сегментирован и на нем присутствуют несколько фирм-лидеров в течение порядка 5-7 лет, поэтому входить в стоматологический бизнес следует только при условии наличия достаточного объема финансирования для привлечения высококвалифицированных специалистов, покупки современного оборудования, проведения качественной рекламной кампании и, наконец, оказания достойного уровня услуг населению по доступным ценам.

Деятельность клиник должна быть гибкой и быстро реагировать на изменения конъюнктуры рынка, не теряя при этом своей эффективности. Саратовским стоматологиям для сохранения своих конкурентных позиций на рынке необходимо воспользоваться следующими рекомендациями:

- руководитель стоматологической клиники должен систематически проводить подобный отраслевой анализ и определять, какие угрозы и возможности может предоставить клинике внешняя среда;
- создать на базе клиники профилактический кабинет. Сотрудничество с детскими садами, школами и другими учебными заведениями способствует расширению клиентской базы;
- уделять больше внимания гарантиям на выполненную работу. Поэтому в целях повышения конкурентоспособности необходимо увеличивать гарантийный срок до 2 лет;
- предоставить пациентам возможность получения информации через электронный сайт, социальные сети и партнерские мобильные приложения;
- задействовать новаторский подход в продвижении бренда стоматологической клиники и использовать сразу несколько рекламных каналов.

Таким образом, руководствуясь выведенными на основе отраслевого анализа рекомендациями, стоматологические клиники г. Саратова смогут занять в перспективе сильные конкурентные позиции.

Список литературы

1. Аракелова И.В., Кублин И.М. Как «приручить» клиента//Маркетинг в России и за рубежом.–2018.–№1.– С.15-23.
2. Горячев, Д. Н. Особенности спроса и предложения на рынке стоматологических услуг [Текст] / Д. Н. Горячев, Н. А. Горячев, С.В. Варламов // Современные проблемы социально-гуманитарных наук. – 2017. – № 2 (10). – С. 93-96.
3. Бурмистрова И.К., Кублин И.М. Актуализация проблемы моделирования управления инновационным развитием на современном этапе функционирования экономики//Актуальные проблемы экономики и менеджмента.–2015.–№1(05).– С.10-15.
4. Костромина, Е.А. Формирование механизма конкурентоспособности организации на рынке стоматологических услуг [Текст] / Е.А. Костромина, Е.В. Шамалова // Вестник московского университета им. С.Ю. Витте. – 2017. –№ 1 (20). – С. 89-95.
5. Медицинский портал Саратовской области «ПроДокторов» [Электронный ресурс]. – URL: <https://prodoctorov.ru/saratov/stomatolog/> (дата обращения 12.04.2018).
6. Стоматологический портал «Стоматология.су» [Электронный ресурс]. – URL: <http://saratov.stomatologija.su/> (дата обращения 12.04.2018).

7. Ханина Н.Д., Кублин И.М. Организация лекарственного обеспечения многопрофильного стационара//Социальные науки. – 2018.–Т.1№1-1(20).– С. 124-129.

8. Шаховская Л.С., Аракелова И.В. Маркетинг лояльности: теория, методология, практика. Волгоград, 2015.

УДК 65.012.7

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК, КАК РЫНОК FMCG –СХОДСТВО И ОТЛИЧИЕ

Борискина Мария Александровна,

Борискина Татьяна Борисовна, Пескова Ольга Сергеевна,

Волгоградский государственный медицинский университет,

Волгоградский государственный технический университет

Фармацевтический рынок - один из самых насыщенных потребительских рынков России. Его отличают высокий уровень развития брендов и, соответственно, конкуренции между ними. Здесь идет острая борьба за целевую аудиторию с использованием самых различных методов и средств. Казалось бы, мы можем достаточно легко и просто отнести рынок лекарственных средств к рынку FMCG (расшифровка Fast moving consumer goods — аббревиатура, используемая для описания рынка быстро оборачиваемых товаров или товаров с высокой частотой покупки; также называют рынками товаров повседневного спроса. Примеры рынков FMCG: продукты питания и напитки; косметика и бытовая химия; парфюмерия; одежда и обувь; игрушки; рынок детских товаров; электроника и бытовая техника.), так как, на фармацевтическом рынке присутствуют основные характерные особенности FMCG рынка:

1. Высокая оборачиваемость товара - Частота покупки FMCG продуктов очень высока. Потребитель практически регулярно совершает покупки таких товаров и имеет определенно устоявшуюся модель потребления. Каждый человек так или иначе хочет оставаться здоровым, несмотря на то, что любая информация о болезнях крайне непривлекательна для рядового потребителя. Как показывают результаты исследований, частота покупок выросла с 2016 года на 4,6%, что и двигало рынок вперед[1].

2. Относительно низкий уровень чистой прибыли - FMCG продукты имеют достаточно низкую маржинальность продаж. Существует два варианта: низкий объем продаж и высокая прибыль; высокий объем продаж и низкая прибыль, самые популярные товары на фармацевтическом рынке. Анализ часто встречающихся товаров в чеках (Табл. 1) показывает те позиции, которые пользуются повышенным спросом, и которые имеют шанс давать больше доходов, чем они дают сейчас. Если товар пользуется спросом, то незначительное увеличение цены позволяет поднять доход. Например, увеличение цены на 60 копеек на товар «корвалол» никак не повлияет уровень продаж, но пополнит бюджет дополнительной сотней рублей, а может, и больше. Конечно, таких товаров можно найти много, и это положительно скажется на доходности бизнеса.

Таблица 1. Анализ частоты появления товаров в чеках, источник [2]

№ п/п	Наименование препарата/группы	Количество чеков с товаром (шт.)
1	Корвалол 25мл фл.	407
2	Аскорбиновая к-та с сахаром №10	307
3	Бахилы №100 пар	301
4	Анальгин 0,5г №10 тб.	297
5	Цитрамон П №10 тб.	293
6	Глицин 0,1г №50 тб.	262
7	Валидол 0,06г №10 тб.	237
8	Уголь активированный 0,25г №10 тб.	236

9	Ацетилсалициловая к-та 0,5 №10	200
10	Бахилы №50 пар	199
11	Пипетка глазная в футляре №100.	179
12	Анаферон взрослый №20 тб.	172
14	Парацетамол 500мг №10 тб.	158
15	Фурацилин 0,02г №10 тб.	157
16	ТераФлю №10 пор	152
17	ГЕЛЕВЫЕ КАПЛИ № 4	148
18	Мезим форте №20 тб.	148
19	Арбидол 100мг №10 капс.	141
20	Нафтизин 0,1%-10мл капли.	130
21	Пенталгин Н №10 тб.	130
22	Ромашки цветки ф/п	123
23	Смекта апельсин №30	120

3. Высокий уровень спроса - FMCG продукты характеризуются достаточно высоким уровнем спроса со стороны целевого рынка, за счет которого легко достигается экономия от масштаба. Согласно данным Розничного Аудита ГЛС в РФ™, по итогам января-июня 2018г. объем реализации лекарственных препаратов в стране в натуральном выражении сократился относительно аналогичного периода 2017г. на 0,4% и составил 2,224 млрд. упаковок. В стоимостном выражении объем рынка вырос на 7% в рублевом эквиваленте и на 5% - в долларовом. При этом он достиг 366,569 млрд. рублей (6,193 млрд. долл.) в оптовых ценах (рис.1). Средняя стоимость упаковки увеличилась в сравнении с прошлым годом (3,31 долл.) и была равна 3,42 долл. в розничных ценах.

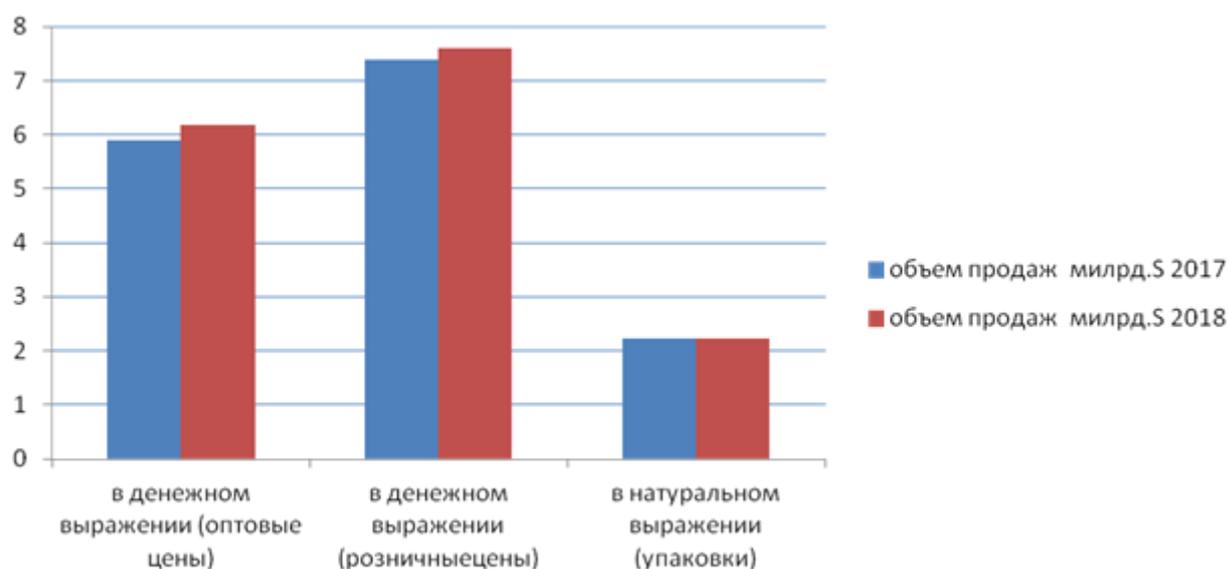


Рисунок 1. Аптечный рынок России за 6 месяцев 2017 – 6 месяцев 2018гг.

По итогам первых шести месяцев 2018г. россияне потратили на приобретение лекарственных препаратов в аптеках в среднем 51,77 долл., тогда как годом ранее – 50,32 долл [3].

4. Низкая вовлеченность потребителей - Покупка товаров FMCG сектора обычно является постоянной покупкой, часто становится привычной рутинной, что снижает интерес и внимание аудитории к процессу покупки, к сложным свойствам товара. Потребитель тратит минимум времени на процесс выбора товара. Фармацевтический рынок характеризуется слабой степенью устойчивости потребительской лояльности, как показывают результаты

исследований, интернет, реклама, советы фармацевта становятся основным источником выбора лекарственного средства на безрецептурном сегменте рынка. Потребитель, как правило, задает информацию «чтонибудь от живота, изжоги, как вылечить грибок ногтей и т.д.» даже находясь в аптеке с рекомендациями врача, 30 % предпочитают сравнивать цены в мобильном устройстве на имеющиеся аналоги[4].

5. Простота заменяемости - на FMCG рынке очень быстро и достаточно легко появляются товары — субституты. Если данный пункт также ранее вызывал достаточные спорные моменты, то сейчас в эпоху расцвета дженериков различных поколений, форм и модификаций, этот принцип можно принять как априори. В недавнем докладе Вероники Скворцовой была затронута тема дженериков, точнее, их множества на российском фармацевтическом рынке. По этому показателю Россия занимает третье место после Китая и Индии. В Канаде — 64% дженериков, Англии и Франции — 55% и 50% соответственно, Германии — 35%, Японии — 30%. США могут полноправно назвать себя страной оригинальных ЛС, так как доля воспроизведенных препаратов составляет всего 12%.

Было отмечено, что в большинстве государств с развитой национальной системой контроля эффективности и безопасности лекарственных средств действуют высокие требования к параметрам сравнения наименований и более жесткие барьеры входа на рынок для последующих дженериков. За счет таких ограничений число зарегистрированных «воспроизведений» инновационного препарата обычно не превышает 4–5. В России же отдельные «оригиналы» имеют несколько десятков и даже сотен аналогов. В докладе был приведен пример оригинального препарата диклофенака, который имеет 207 зарегистрированных дженериков [5]. Министр привела следующие цифры: на начало 2013 г. государственный реестр лекарственных средств включал 20 359 наименований, а с учетом лекарственных форм, дозировок и фасовок — более 35 тыс. Доля воспроизведенных препаратов в этом количестве составляет 77%.

И вот здесь, несмотря на вышеуказанные причины отнести фармацевтический рынок рынку FMCG, следует отметить одно наиглавнейшее отличие фармрынка от любых прочих рынков. Уникальность фармацевтического рынка заключается в том, что, начиная от его первой и наиглавнейшей составляющей — производства лекарственных средств и заканчивая конечным фактором — потреблением лекарственных средств, он является по своей сути важнейшим регулятором уровня качества жизни населения, следствием которого является продолжительность жизни и способность к самосохранению. Поэтому фармацевтической организации должны в первую очередь ориентироваться на социальные последствия своих решений.

Список литературы

1. <https://oborot.ru/news/chastota-pokupok-v-fmcg-ritejle-rastet-i80118.html>
2. <http://www.uniko.ru/about2/publish/index8.php?pub=1179>
3. <http://www.remedium.ru/analytics/detail.php?ID=75202>
4. <https://gmpnews.ru/2013/09/novye-tendencii-v-prodvizhenii-tovarov-na-farmaceuticheskom-rynke/>
5. https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/goods_sales/sudba_dzhenerikov_i_retsepturnaya_dolya

11. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.2 (470)

ПРОБЛЕМЫ И НЕДОСТАТКИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Зейналлы Рафаэль Риза Оглы, Кувшинов Илья Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента

Легенькова Надежда Михайловна

Актуальность: Медицинское страхование представляет важную составляющую социальной инфраструктуры любой развитой страны.. Значимость и актуальность темы данной статьи обусловлена большим количеством проблем в развитии медицинского страхования, в связи с этим требуется совершенствование данного направления и нахождение мероприятий по устранению недостатков[1].

Несовершенство и проблемы системы медицинского страхования были исследованы в научных работах таких авторов, как: Воробьев Ю.Н., Ермоленко Г.Г, Семенов В.Ю., Смирнова Е.А., Соколова Н.А. и др. Однако,многочисленные проблемы и недостатки в системе медицинского страхования в России обуславливают необходимость дальнейшего исследования данной темы.

Цель: Исследование проблем и недостатков системы медицинского страхования в России и пути их решения.

Задачи:

- рассмотреть основные проблемы медицинского страхования;
- предложить меры по совершенствованию медицинского страхования в России.

Материалы и методы: Исследование осуществлялось на основе монографического анализа, согласно которому изучены статьи и нормативные материалы по вопросам развития медицинского страхования в России.

Рассмотрим недостатки системы медицинского страхования с точки зрения застрахованных лиц:

- трудности с плановой госпитализацией, если застрахованный нуждается в плановой операции, то ему нужно ждать иногда несколько месяцев, пока не подойдет его очередь;
- проблемы с врачами-специалистами, к врачам узкой специальности приходится записываться заранее, за много недель вперед;
- отсутствие пояснений относительно обязательных манипуляций, зачастую медперсонал не дает исчерпывающей информации касательно той или иной прививки;
- очереди в больницах и поликлиниках;
- невысокое качество предоставления медицинских услуг.

Также рассмотрим недостатки медицинского страхования с точки зрения медицинских работников:

- необходимость заполнения статистических талонов, которые становятся основой формирования счетов, предъявляемых страховым медицинским организациям для оплаты медицинских услуг. Это отнимает огромную долю времени, которую врач может потратить на более тщательный осмотр пациента;
- нарастание платных медицинских услуг без улучшения их качества;
- большие очереди на обследования приводят к тому, что повышается вероятность упущения негативных изменений в состоянии больного, что впоследствии может привести к значительному ухудшению его здоровья;
- непомерное количество штрафов стало неотъемлемой частью профессиональной деятельности врачей. Назначение дополнительного обследования, результаты которого не

подтверждают предполагаемый диагноз, неверное заполнение статистических талонов – все это влечет за собой материальную ответственность;

— материальное стимулирование медицинских работников зависит от количества закрытых статистических талонов (вылеченных больных). Однако зачастую лечение пациентов может затянуться на долгие месяцы, таким образом, стимулирующие могут быть выплачены через значительное количество времени после начала лечения.

На основании вышеизложенного отметим, что современная система ОМС далеко несовершенна. Система обязательного медицинского страхования частично решила проблему финансирования здравоохранения, разгрузила при этом бюджеты всех уровней. Но, как показывает практика, выделяемых средств недостаточно для полного обеспечения нужд граждан страны в области здравоохранения. Ответственность по защите работающих граждан лежит на работодателях, которые ежемесячно осуществляют отчисления от фонда оплаты труда в Федеральный фонд ОМС. Однако, защиту неработающего населения (дети, пенсионеры, безработные, инвалиды) осуществляет государство, которое не способно в полном объеме выполнять свои обязательства перед застрахованными лицами [2].

Совершенствование медицинского страхования должно быть направлено на увеличение поступления денежных средств в систему здравоохранения, чтобы граждане страны могли получать гарантированную медицинскую помощь. Рассмотрим пути совершенствования системы медицинского страхования в России:

— расширить систему ОМС за счет отнесенных к расходным обязательствам бюджетов различных уровней отраслей здравоохранения;

— установление доплат граждан в момент получения ими медицинской услуги;

— разработка новых правовых актов, регулирующих ответственность исполнительной власти субъектов РФ за выполнение обязательств страхователя неработающего населения, проживающего на данной территории;

— разработка мероприятий по рационализации использования денежных средств, финансируемых на оплату медицинской помощи;

— отмена штрафов за назначение врачами дополнительного медицинского обследования [3].

Нынешняя модель здравоохранения является бюджетно-страховой, и для повышения устойчивости финансирования необходимо от такой модели отказаться и сделать ее преимущественно страховой, то есть основанной на целевых взносах на ОМС - что снизит зависимость системы здравоохранения от бюджета и повысит роль ОМС. Такая одноканальная система финансирования позволит создать реальные условия для разумной централизации управления и финансового обеспечения на уровне субъекта Российской Федерации, а также на этой основе позволит повысить менеджмент отрасли.

Список литературы

1. Быстрицкая А.Ю., Лаврентьева Я.А. Понятие и современное состояние страхового рынка в России // Экономика и социум. — 2017. — № 5-1 (24).— С.349-351.

2. Тимонина Е.Н. Проблема выбора: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование или услуги частных клиник // Страховые интересы современного общества и их обеспечение. — 2018.— с.326-329.

3. Шарифьянова З.Ф., Минигазимова Л.Ф., Мухаметьянова Л.Р. Проблемы добровольного медицинского страхования (ДМС) и обязательного медицинского страхования (ОМС) // Инновационная наука. — 2017— № 5-1(17). — с.198-201.

12. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 338.001.36

СКОЛЬКО СТОИТ УДОВОЛЬСТВИЕ БЫТЬ КРАСИВЫМ ЧЕЛОВЕКОМ

*Лошенко Алина Владимировна, Димитренко Юлия Сергеевна,
Испенова Саида Сериковна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ
Шестакова Ирина Валерьевна

Введение. Сегодня женщины считают очень важным поддерживать свою красоту, затрачивая на это много времени и материальных средств, как правило, среди девушек данная тенденция выражена ярче, чем у молодых людей. Для удовлетворения этой потребности существует быстро развивающаяся индустрия красоты. Посещаемость гражданами России салонов красоты с 2000 года выросла в 10 раз.[1]

Цель исследования. Цель данного исследования - сравнить денежные и временные расходы молодых людей и девушек на поддержание красоты. Определить значение индустрии красоты в обществе (на примере студенческой среды) на настоящий момент.

Материалы и методы. В исследовании использовались результаты опроса среди студентов лечебного факультета ВолгГМУ о тратах на косметические процедуры и средства, мероприятиях по поддержанию красоты, отношении к своей внешности. Было опрошено 83 человека. Полученные сведения обрабатывались с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Изначально все опрашиваемые указали итоговую сумму трат за месяц. Первый вопрос содержал в себе следующие пункты: денежные траты в месяц на посещение фитнес-зала для поддержания красоты фигуры, денежные траты в месяц на покупку косметических средств и средств ухода, денежные траты в месяц на посещение парикмахерских и салонов красоты и другие месячные денежные траты на поддержание красоты. Выяснилось, что молодые люди в среднем тратят 12,6% от общего расхода на мероприятия и вещи, необходимые для поддержания красоты, а девушки (в среднем) тратят 35% от общего расхода на те же нужды. Из второго вопроса, в котором спрашивалось о временных тратах в день на уход за собой, стало известно, что молодые люди в среднем тратят 26 минут в день на процедуры по уходу, а девушки (в среднем) 1 час 42 минуты. На третий вопрос «Как часто вы посещаете салоны красоты и парикмахерские и сколько времени вы там проводите?», большая часть молодых людей и девушек (64% и 59% соответственно) ответили «один раз в месяц», однако девушки проводят в салонах красоты и парикмахерских 2 часа, а молодые люди 36 минут. Четвертый вопрос звучал следующим образом: «Считаете ли вы себя красивым человеком?» и содержал три варианта ответа: а) да, безусловно; б) в принципе да, но мне нужно много работать над своей внешностью; в) нет, и мне уже ничто не поможет. 70% девушек ответили, что им необходимо много работать над собой, 17% считают себя безусловно красивыми, а 13% считают, что им уже ничто не поможет. 50% молодых людей считают себя безусловно красивыми, 29% ответили, что им нужно работать над собой и 21% считают, что им ничто не поможет.

Как выяснилось, временные и денежные расходы на красоту довольно существенны, особенно среди девушек. Завышение цен на женские товары и услуги (так называемый «розовый налог») существует во всем мире. Часто наценки очень велики. Так, женские стрижки дороже мужских на 30%. [2]

Росту востребованности индустрии красоты способствуют: недостаток времени на самообслуживание, потребность в качественной услуге и стремление соответствовать моде. [1]

Также, если разобраться подробнее, люди, особенно женщины стремятся сделать свою внешность привлекательной, так как красота бессознательно воспринимается человеком как

показатель здоровья, что позволяет сделать биологически оправданный выбор партнера для рождения здоровых детей.[3,4]

Вывод. На процедуры и средства по поддержанию красоты уходит значительное количество временных и материальных ресурсов, особенно у девушек. 70% девушек считают, что им необходимо много работать над своей внешностью, что открывает широкие перспективы для дальнейшего быстрого развития индустрии красоты.

Список литературы

1. С.В. Березниченко / Особенности и основные тенденции развития предприятий индустрии красоты, 2016 2. Электронный ресурс [<https://www.the-village.ru/village/city/>]
3. Электронный ресурс [<https://inosmi.ru/science/20170131/238630137.html>]
4. Электронный ресурс [<http://psi-technology.net/articles/raznoe/razgadka-tayni-lubvi-s-pozitsii-genetiki-i-estestvennogo-otbora.phb>]

УДК 34

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ВУЗОВСКИХ ИННОВАЦИЙ

Ситникова Светлана Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Важнейшим фактором конкурентного, устойчивого развития экономики региона является высокая инновационная активность хозяйствующих субъектов, в том числе образовательных учреждений. Современный вуз выступает источником инноваций и формирует фундаментальную основу для построения инновационно-ориентированной хозяйственной системы.

В условиях современной рыночной экономики важнейшими критериями оценки эффективности являются следующие.

Во-первых, это возможность и потенциальная величина вузами выгоды от коммерциализации инноваций, под которой подразумевается доход, получаемый в рамках сделки по коммерциализации инноваций. Во внимание принимаются абсолютно все источники получения такого дохода за весь период его получения, а не только единовременный доход, получаемый при оформлении сделки. Под возможностями извлечения вузом выгоды понимается степень равноправия сторон сделки и их возможность отстаивать свои интересы.

Во-вторых, возможность извлечения предприятиями выгоды от коммерциализации инноваций и потенциальная величина такой выгоды. В данном случае принимается во внимание прибыль, получаемая от использования инноваций, приобретенных у вузов. Возможность извлечения выгоды в этом случае отражает уникальность конкурентных преимуществ, приобретаемых бизнесом в случае использования определенной формы коммерциализации вузовских инноваций.

Очевидно, что, если право на использование таких инноваций принадлежит только данному предприятию, его возможность извлечения выгоды максимальна, а если таким правом обладают и другие хозяйствующие субъекты, включая сам вуз, то возможность формирования и удержания конкурентных преимуществ за счет внедрения такой инновации невелика.

В-третьих, это выгода для общества и национальной экономики от коммерциализации инноваций. Под такой выгодой подразумевается создание дополнительных рабочих мест в результате внедрения вузовских инноваций, увеличение поступления налоговых отчислений в государственный бюджет, улучшение способа или предоставление возможности удовлетворения потребностей общества, что ранее было недостижимо, содействие построению инновационной экономики в отечественной хозяйственной системе и т. д.

В-четвертых, это доступность данного метода/формы коммерциализации инноваций. Под доступностью понимается простота применения формы. Так, отсутствие или непрочность

институционального обеспечения, высокая зависимость от государства или другие сдерживающие факторы на пути применения формы снижают ее доступность. Соответственно отсутствие сложных требований к ее применению и наличие множества практических примеров ее успешной реализации свидетельствует о ее доступности.

В-пятых, величина транзакционных издержек, возникающих в процессе коммерциализации вузовских инноваций. Эти затраты несет и вуз, и бизнес, участвующий в сделке по коммерциализации инноваций. Транзакционные издержки больше, когда отношения между вузом и предприятием еще не установлены. В этом случае издержки могут быть связаны как с поиском партнеров для заключения сделки, так и с адаптацией инноваций в потребностях конкретного предприятия.

В-шестых, стоимость внедрения инноваций при использовании данной формы коммерциализации. Эти затраты несет преимущественно бизнес. Они больше, когда вуз утрачивает права на объекты интеллектуальной собственности в процессе коммерциализации своих инноваций. Это происходит потому, что ученый со стороны вуза обладает уникальными знаниями тонкостей созданной им инновации, и без его участия практическое внедрение инновации затруднено.

И напротив, если ученый–создатель инновации вовлекается в процесс ее внедрения, то данный процесс протекает быстрее и сопряжен с меньшими затратами для бизнеса. В дополнение к этому, когда инновация создавалась специально для данного предприятия, она полностью готова к практическому применению, в то время как универсальные инновации без привязки к заказчику требуют усилий и затрат для их адаптации к конкретным условиям данного бизнеса.

В-седьмых, расходы государства, связанные с регулированием процессов коммерциализации вузовских инноваций при использовании определенной формы. Если государству достаточно сформировать нормативно-правовое обеспечение и поддерживать его соблюдение на практике, то это предполагает минимальные затраты государства, связанные с регулированием процессов коммерциализации вузовских инноваций.

Если же государство выступает одним из участников сделки по коммерциализации, например, в форме посредника, то его затраты на регулирование данного процесса высоки. В случае, если рыночного механизма достаточно для успешного использования данной формы коммерциализации вузовских инноваций, участие государства не требуется, а если необходимы усилия со стороны государства, оно несет расходы. [1]

Проведение оценки эффективности различных форм коммерциализации вузовских инноваций с помощью предложенных критериев позволит выявить наиболее перспективные из них. Это открывает возможности для практического применения полученных выводов и позволяет определить пути повышения эффективности форм коммерциализации инноваций в вузах.

Список литературы

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

УДК. 334.722

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЙ СЕРВИС КАК НОВАЯ ФОРМА В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мазница Елена Михайловна

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Хотя властные структуры России к началу 2018 года выполнили задачу по доведению средних зарплат бюджетников до целевых уровней в 100/200% от средних трудовых доходов в регионах, оборотной стороной этого процесса стало сокращение соответствующих

категорий бюджетников [1]. Из за возросшей в разы отчетности и сокращения штатов в медицине (не очень значительного в том, что касается врачей – табл.1), особенно актуальными становятся теперь новые, давно применяемые в других странах, формы организации медицинской помощи, в частности, телемедицинские сервисы. В этой статье кратко расскажем о сервисе QAPSULA.

Консультацию медика можно будет получить в любое время и в любом месте. Достаточно иметь гаджет и выход в интернет. На Западе, особенно в Штатах онлайн - консультации врачей - обычное дело. Они ведутся через разные интерактивные сайты, мобильные приложения. В Америке это известные сервисы American Well, Teladoc, Doctor On Demand, HealthTap. В Сингапуре - DocDoc. Основную модель монетизации сервиса планировали строить на взаимодействии врачей с пациентами: последние платят за консультацию - сервис получает комиссию. Сумму за услуги медики могли назначать сами. Постепенно сформировалась база специалистов. Однако копия западной модели бизнеса не работает в России. Платить за онлайн - консультации соотечественники не особо желали. Нужно было придумать новое решение. Тогда стали развивать телемедицину для фармкомпаний, сетей частных клиник. Эта ниша была практически свободной. Даже в Америке подобным направлением занимались единицы компаний. Наш сервис называется Qapsula. Это интерактивная система поддержки пациентов, доступная на iOS, Android и в вебе. Принцип работы: каждый желающий может зарегистрироваться в системе - через сайт или мобильное приложение - и получить бесплатную удаленную консультацию врача. Можно письменную,

Таблица

1

Количество бюджетников сократилось

	1 квартал 2013 года	Январь 2018 года	Динамика
Врачи	580 914	563 257	-3,1%
Средний мед.персонал	1 449 889	1 330 692	- 8,2%
Младший мед.персонал	697 522	319 452	- 54,2%
Педагогические работники дошкольных образовательных учреждений	588 955	612 803	+4,0%
Педагогические работники образовательных учреждений общего образования	1 192 179	1 237 000	+3,7%
Педагогические работники учреждений дополнительного образования детей	251 816	231 767	-8,0%
Преподаватели и мастера производственного обучения образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования	170 722	153 613	-10,0%
Преподаватели образовательных учреждений высшего профессионального образования	263 821	202 663	-23,2%
Социальные работники	183 292	121 289	-33,8%
Работники учреждений культуры	667 258	506 359	-24,1%
Научные сотрудники	95 386	72 607	-23,9%
Педагогические работники образовательных, медицинских организаций или организаций, оказывающих социальные услуги детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей	—	37 119	
Всего	6 141 752	5 388 621	- 12,3%

Источник: Росстат, Центробанк

© РБК, 2018

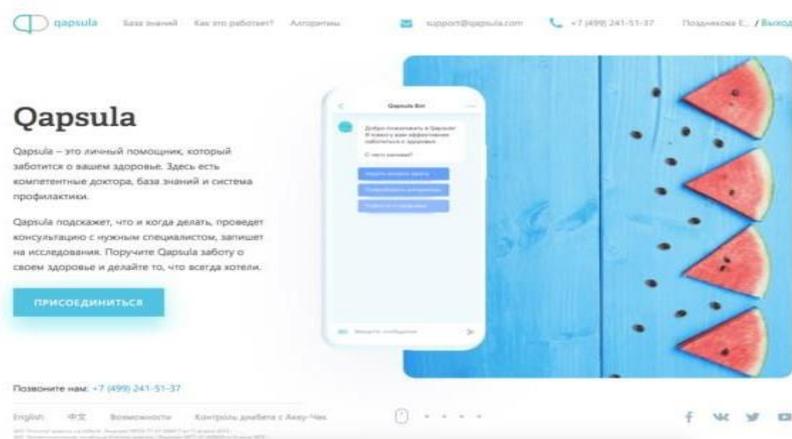


Рис. 1. Интерфейс сервиса QAPSULA

либо через видеозвонок. На платформе возможен и консилиум из нескольких врачей одновременно. Ещё в приложении можно создать систему напоминаний о приеме лекарства. Через консьерж - службу записаться в клинику: на прием к врачу, сдачу анализов. Есть и другие полезные штучки для пациентов, вроде коучей правильного питания, отслеживания физической активности и так далее. Пациент может хранить накопленную медицинскую информацию, результаты анализов.

Для врачей здесь свой интерес. Это возможность вести собственных пациентов вне клиники, контролировать, как они соблюдают рекомендации и лечатся. Ну и главное - получать дополнительный заработок, поскольку консультировать можно как своих пациентов, так и любых, зарегистрированных в системе.

Фармкомпании и клинические фонды выполняют роль партнеров. Благодаря сервису они могут улучшить комплаенс - сервис может помочь пациенту регулярно и правильно принимать препарат, выполнять рекомендации врача. Для компаний важно чтобы пациент принимал лекарства по инструкции, не бросал лечение. Это может повлиять на эффективность терапии. И в итоге - на узнаваемость бренда и отношение к нему.

С самого начала мы активно использовали интернет-продвижение. Это контекстная реклама «Яндекса», Google - сейчас практически полностью перешли на последнюю. Использовали продвижение в соцсетях: через собственные паблики во «ВКонтакте» и Facebook, таргетированную рекламу.

Большие возможности открыла акселерационная программа G4A (Grants4apps) от Bayer. Кроме того, мы приняли участие в акселераторе Фонда развития интернет - инициатив (ФРИИ). Сейчас монетизируемся на 80% за счет создания совместных проектов с фармкомпаниями. Покупаете глюкометр, а к нему идет набор сервисных продуктов: поддержка чат - бота с инструкциями и напоминаниями, бесплатная консультация врачей, возможность записи на клинические анализы. Производитель предлагает этот сервис через нашу платформу и оплачивает услуги.

Подобный проект недавно запустили с компанией Roche, производящей медоборудование. На упаковках глюкометров и расходных материалов есть наш QR-код. Покупатель может его отсканировать через смартфон, выйти на «Капсулу» и получить допслужбу. Причем к инсулиновым помпам помимо четырех консультаций, которые оплачивает Roche, идут и лабораторные анализы от компании «Инвитро». В рамках совместной программы «Капсулы» с компанией Bayer в области женского здоровья мы запускаем платформу для взаимодействия врачей и пациентов для онлайн - консультирования. Сейчас разрабатываем интересный проект с фармкомпанией AstraZeneca, ФРИИ и правительством Новгородской области по созданию интерактивного сервиса в сфере сердечно - сосудистых заболеваний.

Основатель QAPSULA – выпускник МОУ Гимназия №3, выпускник ФФМ МГУ.

Список литературы

1. Ткачёв И., Могилевская А., Фейнберг А. // <https://www.rbc.ru/economics/20/03/2018>
2. <https://www.qapsula.com/>
3. <https://www.facebook.com>

УДК 658.7.011.1

ЗАКУПКИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ/МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ СУБЪЕКТОВ МАЛОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА И СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ).

Гаврилова Ангелина

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор Косинова Наталья Николаевна

Сегодня государственная политика в сфере контрактной системы является одной из важных областей регулирования для правительства страны. Закупки осуществляются преимущественно за счёт средств государственного бюджета, следовательно, они неминуемо влияют на структуру экономики страны, поэтому правительство стремится к обеспечению эффективного расходования денежных средств и уделяет особое внимание сфере государственного заказа.

Помимо прямых целей закупки, в рамках государственного заказа, государство может обеспечивать работу механизмов, которые обеспечивают достижение эффективности социально – экономической политики. Такой дополнительной задачей может выступать поддержка субъектов малого предпринимательства (далее – СМП). Привлечения СМП к сфере госзакупок играет существенную роль в развитии социально-экономического потенциала государства.

Согласно положениям статьи 30 Закона о контрактной системе заказчики обязаны осуществлять закупки у субъектов малого предпринимательства, социально ориентированных некоммерческих организаций (далее - СМП, СОНКО) в размере не менее чем 15% совокупного годового объема закупок, рассчитанного с учетом части 1.1. статьи 30 Закона о контрактной системе.[1]

Для СМП И СОНКО за 12 месяцев 2017 года было проведено 6 656 закупок. Общая сумма начальной максимальной цены контракта (далее-НМЦК) составила 5 506,2 млн. рублей. Закупки для СМП, СОНКО проводились в форме электронных аукционов – 4 931 закупки (74%), запросов котировок – 1 583 закупок (23,78%), открытых конкурсов 53 закупок (0,8%), открытых конкурсов с ограниченным участием 84 закупки (1,3%) и запросов предложений - 5 закупок (0,08%). Из анализа представленных данных следует, что закупки для СМП и СОНКО преимущественно проводились электронными аукционами и запросами котировок (Рисунок 1). [2]



Рисунок 1 Закупки для СМП и СОНКО в 2017 году

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 2017 год»

Объем закупок, который заказчики Волгоградской области (регионального и муниципального уровня) осуществили у СМП и СОНКО в 2017 году, составляет 3 322,8 млн. рублей или 22,4% совокупного годового объема закупок, рассчитанного с учетом части 1.1 статьи 30 Закона о контрактной системе, что на 2,3% меньше показателя 2016 года.

Главной причиной снижения заключения контрактов у СМП является рост количества закупок с ограниченным «функционирующим рынком предложений» и, как следствие, увеличение доли закупок в денежном выражении, по результатам проведения которых контракты заключались по п.25 ч.1 ст.93 Закона о контрактной системе и в соответствии с Законом о контрактной системе не учитываются в объеме закупок у СМП, СОНКО.

На сегодняшний день российское законодательство обеспечивает поддержку для СМП в госзакупках, что сильно сокращает наличие барьеров. Именно поэтому в рамках политики протекционизма, субъекты малого предпринимательства защищены от влияния основных внешних факторов и в значительной степени обеспечены возможностью участия в государственных закупках.

Таким образом, при участии в торгах, возможности малого бизнеса ограничены в основном внутренними барьерами: низкий уровень квалификации малых предприятий и ограниченность финансовых ресурсов. Например, для представителей малого бизнеса вход на рынок затруднён на этапе получения банковской гарантии, необходимой для участия в конкурентных процедурах выбора поставщика либо внесения обеспечения контракта. Бывают ситуации, когда обеспечение контракта больше, чем цена самого контракта.

Для повышения доли закупок у субъектов малого предпринимательства, необходимо повысить дисциплину исполнения требования статьи 30 Закона № 44-ФЗ, так как многие заказчики не выполняют данную норму и тем самым ограничивают возможности СМП в сфере государственных закупок.

Для субъектов малого предпринимательства, определяющим фактором и главной задачей в налаживании конструктивного диалога с государственными заказчиками выступает высокий уровень обеспеченности необходимыми ресурсами, это поможет усилить позиции СМП и увеличит возможности для качественного исполнения государственных заказов. Так же, представителям малого бизнеса необходимо обратить внимание на специфику и методы взаимодействия с государственными заказчиками для того, чтобы успешно себя зарекомендовать и достигать более высоких результатов.

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 2017 год».

УДК 311.3:338.462

ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ МАЛЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Полянская Алена Александровна

Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель д.э.н., проф. Сазонов Сергей Петрович

Опыт зарубежных стран мира наглядно демонстрирует значимость малых предприятий для экономики. Представление о малом бизнесе как о переходном институте на пути к созданию большого производства уже явно не соответствует действительности. Существуют такие виды сферы, где факт практически полностью зависит от качества работы маленьких компаний. Малые предприятия занимают главные позиции в сфере услуг, обеспечивая их доступность и высокое качество. Особое место здесь занимают услуги в сфере здравоохранения.

Деятельность малых предприятий (МП) в сфере здравоохранения имеет ряд принципиальных отличий от других отраслей экономической деятельности. Эти отличия обусловлены спецификой производимых продуктов и услуг, особыми условиями их выбора, а также их значимостью для потребителя. Вдобавок к этому, здесь исключительно велико влияние государства, поскольку им регулируются важнейшие вопросы, начиная от выхода на рынок и заканчивая разработкой национальных систем страховой медицины. Примерами такой роли могут служить стопроцентное лицензирование как для производителей, так и для продуктов, а также субвенции и механизмы их распределения по регионам [1].

Роль государства в медицинской и фармацевтической деятельности могла бы измениться с 1 января 2013 года, поскольку планировалась отмена лицензий и обязательное членство в саморегулируемых организациях (СРО). Однако практика саморегулирования вызывает много вопросов, поэтому в апреле 2011 года был изменен закон «О лицензировании отдельных видов деятельности», имеющиеся в нем положения об отмене лицензирования в этой отрасли перестало действовать [1].

Таким образом, сделаем вывод, что тенденции малого бизнеса в области здравоохранения сохраняются до тех пор, пока не образуются добровольные системы саморегулирования, способные заменить систему лицензирования и обеспечить полноценную работу рыночных механизмов.

13. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 338.2, 334.7

КЛАСТЕРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ОПЫТ ФРАНЦИИ

Черноуцан Елена Михайловна

Россия, Москва, к.э.н., старший научный сотрудник Национального исследовательского института мировой экономики и международных отношений им. Е.М. Примакова РАН, доцент Московского государственного лингвистического университета

Кластерный подход к организации национального хозяйства применяется во Франции достаточно давно. Уже с середины 50-х гг. по инициативе государства или спонтанно начали возникать различного рода сетевые структуры (технопарки, локальные производственные системы и пр.). Только с начала 2000-х гг. действия государства в этой области приобретает комплексный и общенациональный характер, и в стране разворачивается широкомасштабный процесс кластерной организации национального хозяйства, затрагивающий большинство отраслей и всю территорию страны.

С 2004 г. во Франции начинает формироваться сеть специализированных инновационных кластеров, так называемых «полюсов конкурентоспособности» (*«les pôles de compétitivité»*), призванных стать, по замыслу правительства, ключевым инструментом усиления конкурентных позиций Франции на мировой арене по многим направлениям хозяйственной деятельности. Главное назначение полюсов конкурентоспособности (*далее ПК*) – создание единого инновационного пространства (или инновационной экосистемы) на национальном, региональном и отраслевом уровне, а именно благоприятной среды для активизации взаимодействия между основными участникам инновационного процесса: научными центрами, организациями высшей школы, предприятиями (независимо от размера и сферы деятельности), представителями центральной и региональной власти.

Основной механизм взаимодействия между участниками в рамках ПК – совместные научно-технологические проекты, которые утверждаются на основе конкурсного отбора центральной государственной властью. Именно государство во Франции выступает инициатором организации ПК и других форм сетевых структур, функционирующих по своей природе на основе логики горизонтального добровольного взаимодействия. Государство не только официально их регистрирует (дает титул), но определяет для них ключевые направления развития (согласно государственным приоритетам), географическую зону, активно помогает в поиске партнеров и финансовых источников (на государственные источники приходится до 50 % финансирования), а также координирует деятельность участников. Одним словом, ПК Франции органично включены в централизованную систему управления национального хозяйства, что позволяет, в частности, рассматривать данную форму кластерной организации весьма нетипичной для индустриальных стран. До сих пор проблема эффективности французской практики ПК является предметом острых дискуссий. Один из наиболее спорных вопросов – *насколько эффективна организация сетевых структур сверху, по инициативе центральной государственной власти?*

Сегодня заканчивается 3 этап государственной политики в области ПК (2013 -2018 гг.), намечены основные направления и цели 4 этапа (2019 -2022 гг.). В стране действует 66 ПК (ноябрь 2018 г.), в которых участвует большая часть научно-исследовательских организаций и учреждений высшей школы, практически все крупные компании из группы САС 40, значительная часть малых и средних предприятий. ПК охватывают многие отрасли и сектора национального хозяйства. Почти четырнадцатилетняя история существования этой практики наглядно показала, что наиболее эффективно данная практика реализуется в таких отраслях, в которых Франция и раньше имела высокие показатели развития, и где исторически сложилась система устойчивых взаимосвязей между различными игроками. Созданный сверху, ПК в

большинстве случаев просто официально оформляет уже имеющие связи. Наглядным примером могут служить такой сектор национального хозяйства как здравоохранение.

Здравоохранение традиционно является важнейшим стратегическим приоритетом государственной политики Франции. По доле текущих расходов на здравоохранение в ВВП Франция среди стран ОЭСР занимает четвертое место (11,1 % в 2015 г.), и входит в число европейских лидеров по доле здравоохранения в общих государственных расходах 14,4 % (2016 г.). Для сравнения, доля расходов на оборону – 3,2% [1]. Страна отличается высоким научно-технологическим и инновационным уровнем развития этой сферы: лидирующие позиции по многим передовым направлениям фундаментальных, прикладных и клинических исследований («Медицина будущего», биотехнология, микробиология и пр.), научные центры и лаборатории мирового уровня (INSERM, Institut Pasteur и др.), совершенная система высшей школы (старейшие медицинские университеты в Тулузе, Монпелье и др.), передовые позиции на мировом рынке лекарств (компания Sanofi – третье место в мире) и медицинского оборудования.

Здравоохранение во Франции всегда отличалась высокой степенью кооперации между основными участниками этого сектора, что явилось одним из факторов успеха реализации в нём кластерной практики. Первые ПК в области здравоохранения Франции начали появляться в 2005 г. Сегодня их семь (ноябрь 2018 г.): *Alsace Biovalley*, *Atlanpole Biotherapies*, *Cancer-Bio-Santé*, *Eurobiomed*, *Lyonbiopôle*, *Medicen Paris Region et Nutrition-Santé-Longévité*. Всего эти полюса объединяют 1300 участников, из которых 1000 - малые и средние предприятия [2]. В ПК «*Alsace Biovalley*»(биотехнологии, здравоохранение, инновационные терапевтические практики и оборудование) уже в 2008 г. было задействовано 81 предприятие и 55 научных центров. В 2016 г. число предприятий увеличилось до 600[2,3].

Напомним, с 1999 г. Франция начала активно развивать правовую базу в области научно-технологического партнёрства. Например, с 1999 г. знаменитый закон Аллегра (*Loi Allègre*) разрешил ученым из научных центров и высшей школы создавать предприятия без потери научной и преподавательской ставки.

Важнейший мотив создания ПК в секторе здравоохранения – сложность и возрастающая стоимость фундаментальных исследований, а также прикладных и клинических разработок. Только объединив усилия можно принять вызовы современных революционных технологических изменений. Отметим и такие положительные эффекты от сотрудничества в рамках ПК как общая инфраструктура, перекрёстное участие, обмен идеями. Более того, практически все эти семь названных выше полюсов тесно взаимодействуют между собой, и с 2014 года уже в официальных кругах начинают говорить о едином инновационном пространстве в области здравоохранения.

Необходимо также учитывать специфику сектора здравоохранения, который непосредственно связан с качеством жизни и здоровьем каждого человека, что отражается на целях и составе участников ПК в этой области. Важнейшим действующим лицом становится сам пациент.

Список литературы

1. Insee Références , édition 2018. P. 2018, PP. 93,129.
2. Innovation en santé : le réseau fait la force .Sept pôles de compétitivité en santé se raccordent en réseau. URL:<https://www.msoigner.com/pratiques/recherche-et-innovation/438-innovation-en-sante-l-union-fait-la-force.html> (дата обращения 15.10.2018).
3. Les pôles de compétitivité: les pôles de compétences? /Centre d'analyse stratégique. La note de veille 2008. Novembre. N 115. P. 2.

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Глебов Степан Дмитриевич, Аликова Полина Петровна

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор Сазонов Сергей Петрович

Уровень социального благополучия и развития экономики страны напрямую зависит от здоровья нации, а в частности развитой системы здравоохранения. Для любого государства, независимо от экономической модели и политического устройства одним из наиболее важных вопросов проведения социальной политики является - обеспечение населения страны доступными и качественными медицинскими услугами.

Наиболее актуальной проблемой в сфере обеспечения эффективной работы системы здравоохранения, является отсутствие достаточного финансового обеспечения, вследствие малоэффективного финансового механизма. Именно поэтому перед государством стоит задача поиска финансовых ресурсов и рационального их использования для реализации программ здравоохранения и оказания комплексных и полных медицинских услуг.

Реализация данной задачи предполагает проведение ряда мероприятий: оценку системы структуры здравоохранения и ее динамику, обоснование экономической эффективности введения новых форм медицинской деятельности, выявление наиболее рациональных путей реализации финансовых средств, в сфере оказания медицинских услуг, проведение мероприятий по улучшению менеджмента в сфере здравоохранения и улучшение контроля качества выполнения медицинских услуг.

На сегодняшний день в отечественной и зарубежной литературе посвященной экономике и финансовому менеджменту в медицине отмечается использование метода клинико-экономического анализа. Данный метод представляет собой оценку стоимости болезни, путем моделирования затрат на ее лечения. Моделирование затрат происходит путем сбора данных о затратах на лечение данного заболевания из бюджетных и внебюджетных средств и дальнейшее формирование стоимости дневного или годового лечения. Данный метод позволяет распределять затраты более рациональным способом снижая издержки в ходе предоставления медицинских услуг [1].

Касаясь источников финансирования системы здравоохранения в РФ, то до 2013 года они имели довольно обширную структуру и формировались из внебюджетных социальных фондов, бюджетов разных уровней, средств ЦБ РФ, частных средств, предприятий и предпринимателей, коммерческих и не коммерческих организаций, средств населения и финансовых институтов (рис. 1). Широко диверсифицированные источники доходов не являются оптимальным вариантом формирования финансовых средств и их последующего распределени

Более рациональной системой финансирования системы здравоохранения, является система финансирования здравоохранения из одного источника. В 2013 году была осуществлена реформа предполагающая переход от бюджетно-страховой модели финансирования из различных источников к одноканальной системе. Это значит, что

деятельность учреждений здравоохранения оплачивалась из множества источников, то с 2013 года существует один основной источник - Фонд обязательного медицинского страхования [1].

В системе финансового менеджмента в здравоохранении, в рамках перехода к одноканальной системе были проведены следующие изменения: появилась возможность выбора страховой компании, лечащего врача и медицинского учреждения. Так же была начата программа по модернизации учреждений здравоохранения.

Система одноканального финансирования позволила создать конкурентную среду среди медицинских учреждений за счет свободы выбора данного учреждения, обозначая и отсеивая неэффективные элементы системы и выделяя наиболее продуктивные, что позволяет оптимизировать расходы на содержание и обслуживания учреждений здравоохранения.

Одноканальная система финансирования расширяет полномочия менеджеров финансового учреждения в области распределения средств, что создает дополнительные риски, так как большее значение принимает качество работы и компетентность менеджера учреждения. В целях минимизации данного риска Министерство здравоохранения РФ рекомендует региональным органам власти проводить мониторинг и постатейный анализ расходов учреждений здравоохранения.

Так же менеджеры медицинских учреждений отмечают недостаточное финансирование всех статей расходов и их дисбаланс. Так существует недофинансирование статей расходов до 80%. Дополнительные средства на лечение удается получить только за счет лечения платных больных [2].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что данная система малоэффективна, так как менеджмент учреждений здравоохранения решают вопрос недофинансирования путем снижения количества лечащихся по полису ОМС для снижения издержек. Средства для покрытия недофинансирования изыскиваются за счет снижения оплаты труда медицинского персонала, снижения затрат на модернизацию оборудования и средств выделенных самим пациентом за лечение.

Решением данной проблемы может служить опыт стран Запада, постепенное введение платного перечня медицинских услуг в определенных сферах лечения, для покрытия дефицита финансовых средств.

Но так же с другой стороны не стоит забывать о создании четкого перечня бесплатных услуг, к которым следует отнести скорую помощь, оказание медицинской помощи социальным слоям с малым доходом, школьникам, пенсионерам. На сегодняшний день уже осуществляются вышеуказанные меры.

Таким образом, можно сделать вывод, что для более эффективной работы органов здравоохранения требуется прозрачные финансовые инструменты, объединение усилий как страховых фондов, так и государства, частных компаний, предприятий и фондов и менеджеров учреждений.

Список литературы

1. Кочановская О. М., Михайлюк А. С., Эволюция современных инструментов финансового менеджмента в учреждениях здравоохранения // Учет и статистика. - 2015. - № 3 (39). - С. 78-84
2. Тахчиди, Х. Что позволит вытащить отечественное здравоохранение из кризиса? // Эксперт – 2013. № 16
3. Финансы организаций образования культуры и искусства и здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: http://pda.coolreferat.com/Финансы_организаций_образования_культуры_искусства_и_здравоохранения_часть=3

**МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ - АКТУАЛЬНАЯ
СОСТАВЛЯЮЩАЯ СОВРЕМЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ**

Легенькова Надежда Михайловна, Сасин Александр Николаевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Главной задачей в любом государстве является стабильное положение системы здравоохранения. От того, как осуществляется медицинское обслуживание, зависит благосостояние нашего государства.

Развитие любой сферы человеческой деятельности в нашем обществе немыслимо без эффективного менеджмента. В здравоохранении менеджмент — это актуальная составляющая современного управления, это реализация целей в управлении здравоохранительными процессами с помощью эффективного использования человеческих, медико-технологических и материальных ресурсов [1].

В здравоохранении проблема качественного медицинского обслуживания играет важное значение, её трудно переоценить, так как она связана со здоровьем, а часто и с жизнью человека. Только оптимизируя управление системой медицинского обслуживания на всех уровнях, можно решить проблему качества. Именно управленческому персоналу учреждений здравоохранения отдается приоритет в решении этих вопросов [2].

Система управления любого медицинского учреждения должна иметь 3 уровня управления: стратегический, тактический и оперативный. На уровне стратегическом определяются цели и возможные результаты в перспективе. Тактический помогает оптимально определить конкретные задачи, организацию, этапы и контроль результатов. Оперативный уровень обеспечивает эффективность производственных процессов с оптимальным использованием имеющихся ресурсов. К этому уровню можно отнести учет, контроль и анализ деятельности уже функционирующих структур [4].

Важнейшим фактором современного развития менеджмента в здравоохранении является антикризисное управление – это приемы и методы, позволяющие распознавать кризисы и осуществлять их профилактику. Каждый управленец должен уметь предвидеть кризисы, смягчать их течение, устранять отрицательные последствия и превращать их в позитивные изменения в своём учреждении [3].

Менеджмент в здравоохранении как актуальная составляющая современного управления должен основываться на подкреплении и стимулировании сотрудников, регулировании их поведения, развитии инициативы и повышение индивидуального мастерства сотрудников, а также оптимизации трудового процесса и роста ответственности сотрудников медицинских учреждений. Компетентность, информационное обеспечение, взвешенность решения, своевременность акта управления оказывают влияние на эффективность управления.

Заинтересованная деятельность и приверженность персонала, сочетание психологических, физиологических и производственных ориентиров - это составляющая современного управления. В менеджменте среди качественных способов воздействия на коллектив важную роль играет стиль лидерства, включающий в себя совокупность методов управления и психологию управления.

Приспособление менеджмента к конкретной обстановке, развитие его и совершенствование – это один из главных рычагов улучшения результатов деятельности всех медицинских учреждений. [4].

Список литературы

1. Ануфриев С.А. Особенности менеджмента в медицинских клиниках // Менеджмент в медицине. - 2010. - №4. - С. 12-16.
2. Решетников А.В. Экономика Здравоохранения. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009.
3. Александров Г.А. «Антикризисное управление: теория, практика, инфраструктура».

Учебное пособие для студентов вузов. – М.: «Бек», 2011, – 544 с.

4.Травин В.В., Дятлов В.А. Основы кадрового менеджмента. - М.: Дело, 2011.

УДК 658.014.1:316:61

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Легенькова Надежда Михайловна, Сасин Александр Николаевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В здравоохранении **менеджмент** - это деятельность, направленная на создание, планирование и реализацию плана развития медицинского учреждения, с целью прогнозирования и создания устойчивой системы управления учреждением. В настоящее время в данной отрасли вопросы менеджмента очень актуальны, так как повышается уровень самостоятельности медицинских учреждений. Снизить потери людей от инвалидности, заболеваемости и смертности – это, несомненно, главная цель менеджмента здравоохранения. Чтобы её достичь, необходимо эффективно трудиться, внедряя новые подходы и принципы, модели и методы управления внутри всех медицинских учреждений для повышения качества жизни и здоровья населения, доступности оказания своевременной и качественной медицинской помощи и, конечно же, повышения прибыльности и рентабельности деятельности медицинского учреждения.

На управление медицинскими учреждениями влияют завышенные лицензионные требования государства; требования, предъявляемые к медицинским помещениям и их оснащению; цены на платные медицинские услуги, устанавливаемые государственными медицинскими учреждениями; недоверие людей к медицине; невысокая управленческая квалификация менеджеров учреждений; дефицит квалифицированных медицинских кадров, финансовых ресурсов, недофинансирование и, конечно же, отсутствие рекламы и маркетинга [1]. На сегодняшний день управление медицинскими учреждениями основывается на том, что главный врач, занимая руководящую должность должен владеть экономическими и управленческими знаниями. Проведя мониторинг работ по анализу управленческих кадров, можно сделать вывод, что у 50 % руководителей здравоохранения, побывавших на курсах переподготовки или повышения квалификации по организации здравоохранения, все же недостаточно знаний по правовым вопросам и вопросам экономики и управления здравоохранением. [2]. На современном этапе данный фактор приводит к снижению эффективности управления здравоохранением.

И самой острой проблемой на сегодняшний день остается проблема нехватки медицинских кадров. На наш взгляд, для решения этой проблемы необходимо создать условия, удовлетворяющие личные потребности работника и мотивирующие его работать в медицинском учреждении. Особое внимание необходимо уделить справедливой и «прозрачной» системе материального стимулирования работников и уровню оплаты труда, который является мощной мотивацией в деятельности. Но система мотивации и стимулирования должна быть направлена на стремление добиться результата, и именно от результата должен зависеть уровень оплаты труда.

В медицинских учреждениях отсутствует не менее важный мотивационный механизм — возможность карьерного роста. Сложившаяся практика, когда выдвижение на руководящие должности тех или иных сотрудников не имеет под собой во многих случаях никакой объективной основы, формирует и поддерживает неэффективную систему отраслевого управления — бюрократическую. В этом случае авторитарный стиль оказывается единственно возможным стилем управления медицинской организацией и её подразделениями. Он, конечно, не является лучшим из известных в менеджменте, особенно в тех условиях, когда «политика пряника» при малых финансовых ресурсах практически не привлекательна для рядовых сотрудников, а «политика кнута» из-за существующего дефицита кадров совсем неприемлема [3]. В менеджменте необходимо грамотное управление материальными и

финансовыми средствами, а не только управление персоналом медицинской организации. А в связи с отсутствием финансовых средств экономическая составляющая медицинского обслуживания становится очень значимой.

На современном этапе основными задачами управления здравоохранением являются системный пересмотр нормативно-правовой базы с учётом идеологии маркетинга, который предусматривает максимальное удовлетворение потребностей пациентов и изменение системы подготовки и назначения руководителей медицинских учреждений.

Список литературы

1. Голубева М. Л. Медицинский менеджмент: специфика и подходы // Российское предпринимательство. — 2011. — № 4–2 (182). — с. 126–129.

2. Столяров С. А., Госсен И. Е. Менеджмент в здравоохранении — актуальная составляющая современного управления // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 5.

3. Петрова Н. Г., Балохина С. А., Комличенко Э. В., Мартиросян М. М. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении // Менеджмент в России и за рубежом. — 2009. — № 4.

УДК 614.253:338.24

МАРКЕТИНГ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

*Легенькова Надежда Михайловна, Вираз Екатерина Андреевна,
Морозова Елизавета Дмитриевна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Медицинский маркетинг – это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением медицинских услуг от её производителя (врача, медсестры и т.п.) к потребителю (пациенту); это и социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги посредством их разработки, продвижения и реализации.

Маркетинг в медицинской сфере основан на инновационной деятельности медицинских учреждений и имеет социальную направленность, а также стремится повысить качество оказываемых медицинских услуг и внедрить новые технологии.

В российской Федерации не существуют конкретных правил поведения на рынке медицинских товаров и услуг ввиду отсутствия законодательной закреплённости каких-либо моральных принципов маркетинга здравоохранения.

В нашей стране большая часть маркетологов ориентируются на получение максимальной прибыли и рентабельности, не учитывая при этом психологические, философские, социальные и другие аспекты. И придерживаются принципа: «Нравственно все, что экономически выгодно». Однако эта позиция является неправильной с этической точки зрения.

В сфере маркетинга здравоохранения нередко прибегают к психологическим уловкам, воздействуя на подсознание потенциальных покупателей путем манипулирования. Рассмотрим некоторые случаи нарушения маркетинговой этики.

Зачастую, рекламируя лекарственные препараты, маркетологи позиционируют его как лучший и уникальный в своем роде по сравнению с более доступными в ценовом плане аналогами, например, «Безорнил. Лучшее средство от геморроя».

Кроме того, в рекламе используются методы лечения, действия которых изучены не до конца и вызывают сомнения у многих специалистов.

Маркетологи и пиарщики, часто прибегают к созданию ёмких и легко запоминающихся слоганов, нередко рифмуя названия препаратов с его действием, например: «Мезим – для желудка не заменим!», «Миг и голова не болит!» Вследствие люди акцентируют внимание на волшебном действии препарата, не учитывая побочные действия и необходимость консультации с врачом.

Находясь в поиске новых маркетинговых стратегий, результативных путей продвижения медицинских товаров и услуг, а также на эффективных способах манипуляции человеческим сознанием, маркетологи часто используют запрещенные приемы. Работниками в данной сфере движет лишь жадность и стремление извлечь из этого собственную выгоду-получить прибыль. При этом рекламодатели забывают золотое правило медицинской этики: «жизнь пациента – главная ценность». Для них же главной ценностью являются деньги, а не жизнь человека, которая может подвергаться большой опасности ввиду получения не совсем достоверной информации в рекламе.

Однако данные специалисты подвергают риску не единицы людей, а общество в целом.

Стоит учитывать и тот факт, что маркетинг в медицинской сфере обладает перечнем отличительных черт, которые обусловлены спецификой рынка медицинских товаров и услуг.

Необходимо и важно помнить о том, что сфера здравоохранения прежде всего должна приносить пользу и положительный результат, а не являться источником материальных ценностей.

Разработкой этических стандартов и норм её оценки занимается целое направление, именуемое этикой маркетинга. Деятельность данного раздела нацелена на изучение маркетинговых методов и последствий их применения с этической точки зрения. Подводя черту сказанному, можно сделать вывод, что в нашей стране эта структуры требует повышенного внимания и необходима в развитии.

УДК 338.24

ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Легенькова Надежда Михайловна, Сабанова Валентина Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В условиях развития современной экономики одним из важнейших направлений модернизации сферы здравоохранения является формирование новой системы управления. Основная задача управления здравоохранения - повышение качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

Очень часто понятие управление заменяют более современным понятием менеджмент, употребляемое как «рациональное управление современным производством для достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсов» [1].

Исходя из определений, понятие «управление», является более широким по отношению к понятию «менеджмент» и базируется на теории и методологии решения проблем. В свою очередь как понятие «менеджмент» в здравоохранении целесообразно использовать применительно к конкретным организациям здравоохранения, так как включает в себя совокупность организационно-правовых, экономических механизмов решения проблем на основе уже разработанной теории управления.

Проблема модернизации сферы здравоохранения, направленная на улучшение материальной базы и лечебно-профилактических мероприятий нами рассматривается с точки зрения управленческой деятельности.

По мнению Кабушкина Н.Л. «процесс управления предполагает наличие управляемого объекта и субъекта. Это значит, что любая организация представляет собой единство двух подсистем управления: управляемой и управляющей». Под объектом управления следует понимать отдельную структуру организации либо организацию в целом, на которую направлено управляющее действие, под субъектом управления – орган либо лицо, осуществляющее управляющее действие» [2]. Отношения между управляемой и управляющей подсистемами следует рассматривать, прежде всего, как взаимоотношение между людьми.

В системе управления здравоохранением выделяют следующие уровни:

1. Стратегический (институциональный). Управление высшего звена – это главный врач. В функции данного уровня входит разработка и принятие решений с учетом реальных и

потенциальных возможностей. На этом уровне лежит большая ответственность за последствия принятых решений.

2. **Тактический (управленческий).** Управление среднего звена – это заместители главного врача. Несет ответственность за оптимальное распределение ресурсов в соответствии с принятым решением на стратегическом уровне.

3. **Оперативный (технический)** Управление низового звена – это руководители подразделений, не имеющие в подчинении других руководителей (зав. отделениями, старшие медицинские сестры). Данный уровень отвечает за практическую реализацию принятых решений на двух верхних уровнях.

Как мы видим, руководитель является ведущим организатором на всех уровнях системы управления организацией. Он выступает как ведущее лицо, так как именно он определяет целенаправленность работы коллектива, подбор кадров, психологический климат и другие аспекты деятельности организации. При этом, одной из важнейших характеристик деятельности руководителя является его стиль руководства.

Обращаясь к теории лидерства, необходимо отметить три вида стилей, предложенных К. Левиным (1938г.):

1. **Авторитарный** стиль лидерства, характеризующийся жесткостью, требовательностью, единоначалием, строгим контролем и дисциплиной, ориентируемый на результат, не учитывая социально-психологические факторы;

2. **Демократический** стиль лидерства опирается на доверие, информированность подчиненных, гласность, коллегиальность в принятии решения, сознательность, ответственность, инициативу, поощрение, самодисциплину, творчество. Важен не только результат, но и способы его достижения;

3. **Либеральный** стиль лидерства отличается, отсутствием дисциплины, низкой требовательностью и пассивностью руководителя, потерей контроля над подчиненными и предоставление им полной свободы действия [3].

Современный, опытный руководитель, в большинстве случаев, ориентируясь на известные ему модели поведения и учитывая особенности своего характера, чаще всего использует в процессе управления сочетание всех или некоторых перечисленных стилей. Наличие демократической черты в стиле руководства способствует формированию благоприятной психологической атмосферы в работе коллектива. Если коллектив плохо организован, а требуется в кратчайшее время достигнуть хороших результатов в работе учреждения, то необходима строгая дисциплина, наличие ответственности каждого человека и согласованная работа всего коллектива. Следовательно, без авторитарного подхода здесь не обойтись. В организациях, где каждый сотрудник знает свою работу, является профессионалом и авторитетом на своем рабочем месте, то самый лучший вариант для руководителя – это либеральный стиль управления.

Таким образом, современные условия требуют от руководителя здравоохранения, не только знания всех стилей лидерства, но и умения применять их в зависимости от ситуации и атмосферы, сложившейся в коллективе.

Список литературы

1. Энциклопедия по экономике - С. 366.
2. Кабушкин Н.Л. Основы менеджмента: Учеб. пособие - 5-е изд., стереотип. - Мн.: Новое знание, 2002. — С. 336.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ТЕХНИЧЕСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Глазырина Александра Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры управления и предпринимательства ФГБОУ
ИВО "Московский государственный гуманитарно-экономический университет"
Михайлова Наталия Александровна

В 2006 году в рамках национального проекта «Здоровье» для решения проблемы устаревшей материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений было закуплено новое оборудование. Государство закупило технику для регионов, а муниципалитеты должны были взять на себя подготовку специалистов и техническое сопровождение аппаратов. В 2011 году в сфере здравоохранения возникла проблема компетенции медицинского персонала. В ходе проверок органом Росздравнадзора было выявлено, что большая часть медицинского оборудования, поставленного в рамках национального проекта «Здоровье» простаивает [1].

В среднем на больницу приходится 1000 единиц медицинской техники требующая технического обслуживания [2], но количество техники непрерывно растет [3]. Техническое обслуживание медицинской техники - комплекс регламентированных нормативной и эксплуатационной документацией мероприятий и операций по поддержанию и восстановлению исправности и работоспособности медицинской техники при ее использовании по назначению, а также при хранении и транспортировании.

Согласно письму от 27.10.2003 №293-22/233 о введении в действие методических рекомендаций «Техническое обслуживание медицинской техники» лечебно-профилактические учреждения должны иметь в штате специалиста осуществляющего техническое обслуживание медицинской техники. В целях экономии средств финансирования на практике в большинстве организаций здравоохранения обязанности специалиста, осуществляющего техническое обслуживание медицинской техники, возлагают на работников таких должностей как сестра-хозяйка или инженер по охране труда без соответствующего обучения и проверки знаний специалиста, проведения инструктажа на рабочем месте, обеспечения СИЗ, ведения личных карточек и т.п.

Пункт 4 о «квалификации персонала» письма гласит: специалист, осуществляющий техническое обслуживание медицинской техники должен обладать высшим или средним техническим образованием, профессиональной подготовкой и квалификацией в соответствии со специальностью и должностными обязанностями [4].

Должностная инструкция инженера по обслуживанию медицинского оборудования предусматривает знания в области назначения обслуживаемого оборудования, способы его разборки, ремонта, сборки, а также общие сведения по электротехнике и механике [5]. В должностную обязанность инженера по медицинскому оборудованию входят:

- Проверка технического состояния оборудования, качества ремонтных работ, а также приемка вновь поступающего в организацию оборудования;
- Разработка мероприятий по совершенствованию организации обслуживания и ремонта оборудования, по снижению трудоемкости и стоимости ремонтных работ, улучшению их качества, повышению эффективности использования основных фондов;
- Обучение медицинского персонала работе на медицинском оборудовании.

Исходя из выше сказанного можем заключить, что должность инженера по обслуживанию медицинской техники очень важна в любом учреждении здравоохранения. От компетенции специалиста выполняющего данные должностные обязанности зависит многое, начиная от экономии денежных средств уходящих на ремонт и обслуживание медицинского оборудования фирмами-подрядчиками до правильной работы врачебного персонала с

техникой, что способствует повышению точности и достоверности медицинских исследований. Т.к. от специалиста данной должности зависит не только правильная работа медицинского оборудования, но и здоровье и жизнь пациента, то необходимо обратить внимание, чтобы кадры соответствовали требованиям, а в частности имели техническое образование.

Организации, в которых на данной должности работают специалисты, не имеющие специализированного образования, нарушают требования профессиональных стандартов и квалификационных справочников, установленные ТК РФ, федеральными законами и другими нормативно-правовыми актами в части выполнения работ по обслуживанию медицинской техники на основе совмещения должностей.

Список литературы

1. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения <http://www.roszdravnadzor.ru/medactivities/health>;
2. Федеральная служба государственной статистики <http://www.gks.ru/>;
3. Официальный портал Волгоградской области 2018 <http://www.volgograd.ru/news/180679/>;
4. письмо от 27.10.2003 №293-22/233 о введении в действие методических рекомендаций «Техническое обслуживание медицинской техники»;
5. Должностная инструкция инженера по обслуживанию медицинского оборудования.

14. СОЦИОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОМ ПОРТРЕТЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ОТЕЧЕСТВЕННОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Гаврилова Ирина Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Отечественная социология медицины, особенно в той ее части, которая плотно сопряжена с маркетинговыми исследованиями, а также теорией и практикой менеджмента, проявляет особый интерес вопросам, связанным с выявлением медико-социальных потребностей пациентов. Данная информация имеет особую значимость для таких профессиональных сообществ как: специалисты социальной сферы, медицинские работники, специалисты фармацевтических компаний и т.д. Преследуя собственные цели и задачи в удовлетворении этих потребностей, изучение последних, способствует как получению социальных дивидендов, повышая качество жизни пациентов, так и материальную прибыль.

Исследования в области социофармакологии представляют отдельный интерес в плане изучения потребностей пациентов. Очевиден тот факт, что, рынок медицинских и социальных услуг определяет и стратегию поведения потребителей. Наши лонгитюдные исследования 2010-2017 гг на предмет выявления стратегий поведения пациентов на отечественном фармацевтическом рынке [1,2,3], выявило три основные группы потребителей лекарственных средств: манипулятивную, диффузную и компетентную группы пациентов, и, одну дополнительную - смешанный тип поведения, ввиду невозможности отнести данную тактику поведения респондентов к определенной и четко оформленной группе.

Следует отметить, что приведенные данные представлены в обобщенном виде без описания методики исследования и процентных соотношений.

1) Манипулятивный тип поведения - это преднамеренное и скрытое побуждение другого человека к переживанию определённых состояний, принятию решений и выполнению действий, необходимых для достижения инициатором своих собственных целей. Люди, у которых доминирует манипулятивный тип поведения, находятся под влиянием рекламы, реагируют на нее в СМИ и зависят в своем потреблении от рекламы.

Социальный портрет характерного отечественного потребителя лекарственных препаратов, приобретаемых в аптеках г.Волгограда, отнесенного к вышеизложенному типу, имеет следующий вид: женщина, старше 60 лет, с средним доходом, имеющей среднее или средне-специальное образование.

Судя по полученным сведениям, манипулятивный тип поведения проявляется в основном у лиц со средне-специальным (15%) и средним (14%) образованием.

2) Диффузный тип поведения характеризуется нечеткой стратегией поведения, т.е. такому покупателю неважно, какой лекарственный препарат приобрести, главное, чтобы быстрее вылечиться. Такой тип потребителя очень опасен в том плане, что, испытав «на себе» действие определенного препарата, он начинает рекомендовать его другим людям, не зная при этом, что именно нужно учитывать при назначении любого лекарства. Это – мужчина, со средним образованием, относящийся к социально-возрастной группе «молодежь».

3) Компетентный тип поведения - такой тип поведения, когда человек способен успешно действовать на основе практического опыта, умения и знаний в области применения лекарственных средств.

Чем более компетентен потребитель, тем более разумно он подходит к процессу совершения покупки в соответствии со своими реальными нуждами и предпочтениями (товары определенных брендов).

Компетентным поведением в большей степени обладают женщины – в возрастной группе 30-45 лет, с высшим образованием.

В основной своей массе, смешанный тип поведения характерен для людей, не получивших, либо недополучивших высшее образование и, как следствие, не имеющих четкой стратегии поведения при выборе лекарственных средств. Исключение здесь составляют лица со средне-специальным образованием, где процент проявления смешанного типа самый низкий.

Мы полагаем, что следует обратить особое внимание на данные социофармакологических исследований, особенно той части, которая проливает свет на уровень комплаенса пациентов или вероятные критерии оценки эффективности взаимодействия всех агентов медикализации. Устойчивость формирования четких представлений в этом сегменте социологии медицины является залогом успеха формирования здорового социального поведения пациентов.

Список литературы

1. 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
2. Чижова, В.М., Кардаш, О.И. Содержание реабилитационного потенциала постинсультных пациентов как основы ресоциализации// Социальные аспекты здоровья населения. 2017. Т. 53. № 1. - С. 6.
3. Чижова, В.М., Токарева, Ю.М. Методы оценки качества медико-социальных услуг: монография /В.М. Чижова, Ю.М. Токарева. – Волгоград, :Изд-во ВолгГМУ, 2016.- С.79-82

УДК 61.618.364.444

СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Гарькавская Айнура Сахибовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент кафедры социальной работы с курсом П и ОТ ДПО,
к.филос.н. Гаврилова Ирина Сергевна

Введение: Социальное сопровождение как инновационная технология государственной поддержки беременных женщин, направлена на профилактику обстоятельств, обуславливающих нуждаемость в социальном обслуживании, в том числе на предупреждение и преодоление семейного неблагополучия путем привлечения организаций на основе межведомственного взаимодействия, а также на оказание содействия беременным женщинам, семьям с детьми, несовершеннолетним в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи [1]. Для реализации данной технологии необходимо ввести в штат женской консультации специалистов по социальной работе, который бы координировал деятельность по оказанию помощи и поддержки беременных женщин и их семей всеми заинтересованными учреждениями в рамках медицинской, социальной и психологической помощи [2].

Цель: разработка технологии социального сопровождения с беременными в трудной жизненной ситуации

Материалы и методы исследования: Проведено исследование на базе Женской консультации ГУЗ «Клинической больницы № 5». Использованы следующие методы: анализ социальных карт проводился в течение 2 рабочих недель (5-дневная рабочая неделя), т.е. 10 дней. Всего было проанализировано 150 социальных карт беременных. Из 150 карт мы выявили, 43 нуждались в социальном сопровождении. Также был проведен тест ТООБ (б) - тест отношений беременной. Автором методики является И. В. Добряков (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003, с. 110). Концептуальной основой создания теста послужила теория психологии отношений В. Н. Мясищева, позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности [3].

Результаты: Из анализа социальных карт мы выявили следующие основные проблемы, беременных женщин:

- низкий материальный достаток - 68,0%;
- изменения во внутрисемейных отношениях - с отцом ребенка и другими родственниками - 20,5%;
- имеются привычки в употреблении алкогольной и табачной продукции - 16%;
- позднее начало антенатального наблюдения - 12%;
- большинство беременных не имеют в собственности жилье - 17%.
- дефицит жизненного пространства снижает удовлетворенность семейными отношениями, провоцирует ссоры и развитие серьезных конфликтов - 12%

Результаты теста ТОО показали, что во время беременности в личности женщины происходят значительные изменения. Меняется ее смысловая сфера, отношения с окружающими и отношение к себе. Работа специалиста по социальной работе и психолога с беременными женщинами крайне важна. Мы выделили следующие группы пациенток в соответствии с типом психологического компонента гестационной доминанты:

- женщины, желающие родить ребенка и воспитывать его в семье;
- женщины, собирающиеся родить ребенка и имеющие трудную жизненную ситуацию, которая может угрожать ребенку (намерение оставить его в роддоме, решившие по разным причинам прервать беременность).

Для работы с женщинами первой группы должна быть направлена на психологическую подготовку к родам и материнству, обеспечению благоприятного психоэмоционального настроя в течение беременности, повышению доверия к врачу.

При работе с женщинами, собирающимися родить ребенка и имеющими трудную жизненную ситуацию, задача заключается в том, чтобы:

- выявить факторы, угрожающие матери-ребенку
- помочь женщине осознать всю ответственность и важность проблемы
- оказать женщине эмоциональную поддержку, выразить свою заинтересованность и желание помочь в трудный для нее период.
- решение проблем, которые угрожают матери и ее будущему ребенку

В любом случае, помощь может быть оказана, исходя из индивидуальных особенностей личности женщины: социальных, психологических и физиологических факторов, оказывающих влияние на данную проблему.

Выводы: Для решения социальных проблем беременных, мы решили разработать технологию социального сопровождения, которая поможет повысить качество жизни беременных, их социальное обслуживание, оказания медицинской, психологической, педагогической, юридической и социальной помощи в интересах предупреждения и преодоления семейного неблагополучия, сохранения семьи для ребенка.

Список литературы

1. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // Российской газете от 30 декабря 2013 г. № 295.
2. Бахалова Н. В. Нежелательная беременность - кризисная ситуация для женщин // Социальное обслуживание. - 2009. - N 1. - 285с.
3. Гаджиев Р. С. Мнение беременных об организации и качестве медико-социальной помощи, оказываемой в женских консультациях // Здравоохранение РФ.- 2008. N 3- 359.

**ПЕРСПЕКТИВЫ КАРЬЕРНОГО РОСТА В МЕДИЦИНЕ: ОЦЕНКИ ВРАЧЕЙ
ВЛИЯНИЯ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА***Деларю Владимир Владимирович*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Проблематике карьерного роста посвящен практически необозримый массив не только публицистической, но и научной литературы, поскольку тематические исследования данного, крайне значимого вопроса для многих конкретных людей и обществ, проводятся уже на протяжении многих десятилетий. В работах соответствующей направленности большое внимание придаётся гендерному фактору, что традиционно сводится к тезису о том, что перспективы карьерного роста у мужчин намного предпочтительнее, чем у женщин. Однако в последней трети XX века в странах Западной Европы и Северной Америки наблюдаются либерально-демократические изменения, включающие, в том числе, всё большее признание ряда объективно обоснованных идей феминистической направленности, что встречает понимание и в России [1, 2]. В частности, начинают активно изучаться различные аспекты отечественного здравоохранения с позиций гендерного подхода [3-5].

Для изучения мнений врачей о влиянии гендерного фактора на перспективы карьерного роста в медицине было проведено анонимное анкетирование 129 специалистов; мужчин было 38 человек (29,5%), женщин - 91 (70,5%).

По мнению 32,6% респондентов подобные перспективы одинаковы у мужчин и женщин, однако мужчины считали так в 2 раза чаще женщин: 50,0% против 25,3% ($p < 0,02$). То, что карьерные перспективы предпочтительны у мужчин ответила половина опрошенных – 51,9%; при этом женщины думали так в 1,5 раза чаще мужчин (57,1% и 39,5% соответственно, $p > 0,05$). О более предпочтительных шансах у женщин высказались всего 3,1%, причем это были только сами женщины. Оставшиеся 12,4% (10,5% мужчин и 13,2% женщин) затруднились оценить влияние гендерного фактора на перспективы карьерного роста.

Таким образом, 71 специалист (55,0%) согласился с влиянием гендерного фактора на перспективы карьерного роста, считая их более предпочтительной то ли у мужчин, то ли у женщин, Аргументация в пользу такого подхода у данных врачей была следующей (можно было привести несколько аргументов). Чаще всего (60,6% респондентами) называлось «имеет возможность больше времени и сил уделять работе», причем 59,2% ответов относилось к мужчинам и всего 1,4% - к женщинам. Далее шли «традиционно считается, что именно мужчина / женщина – лучший руководитель» (всего 54,9%, из которых 50,7% - «за мужчин» и 4,2% - «за женщин»); «более устремлены на руководящие должности» (43,7%, данный аргумент использовался исключительно в отношении мужчин), «обладают более лучшими организаторскими способностями» (25,4%, также только относительно мужчин); «более ответственно относятся к профессиональной деятельности» (15,5%; из которых 11,3% - «за мужчин» и 4,2% - «за женщин») и самым редким аргументом было «обладают более глубокими профессиональными (врачебными) знаниями» (8,5%, 5,7% - «за мужчин» и 2,8% - «за женщин»).

Таким образом, проведённое изучение мнений врачей, к сожалению, подтвердило существование выраженной гендерной асимметрии относительно перспектив карьерного роста у мужчин и женщин (у мужчин они более предпочтительные).

Список литературы

6. Волчанский М.Е., Деларю В.В., Болучевская В.В., Золотарёва О.С. Психология и педагогика: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. - 3-е изд., доп. и перераб. - Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2018. - 240с.

7. Тартаковская И.Н. Гендерная социология. – М.: ООО «Вариант» при участии ООО «Невский простор», 2005. – 368 с.

8. Деларю В.В. Диссертации по социологии медицины // Социологические исследования. - 2010. - № 5. - С.151-152.
9. Ковалева М.Д. Женщины в медицине. - Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. - 214с.
10. Юдин С.А., Борзенко А.С., Деларю В.В. Оказание социальной помощи больным туберкулёзом людям (по результатам социологического исследования) // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2013. - Вып.2 (46). - С.44-46.

УДК 31

ИГРА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ В БУДУЩЕМ

Мяжков Константин Константинович, Селюков Денис Юрьевич
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Шестакова Ирина Валерьевна

Проблемы воспитания детей-дошкольников с наибольшей остротой проявляются в наши дни. Формирование базовой культуры у детей – важнейшая часть воспитания, которая впоследствии формирует ребенка как личность, участвует в становлении человека в обществе. Именно в дошкольном возрасте ребенок начинает сформировываться. Этому процессу способствуют разные факторы, в первую очередь, конечно, воспитание родителей, учителей, воспитателей. Существует много различных точек зрения по этому поводу, мы, объединяя их, придем к выводу о том, как влияет игра на формирование личности в будущем.

Дети в возрасте от 3 до 7 лет испытывают сильную психологическую нагрузку, так как число его контактов с миром сверстников и взрослых все увеличивается, например на дополнительных занятиях, в кружках, в детских садах и т.д. Игра и формирует начальную, то есть базовую культуру ребенка, которая переходит к развитию личности в будущем. Именно эти качества необходимо воспитывать в детях с первых лет жизни. Игры очень сильно влияют на развитие ребенка, так как через них он знакомится с поведением и взаимоотношениями взрослых людей, которые становятся образцом для его собственного поведения и в ней приобретает основные навыки общения, качества, нужные им для установления контакта со сверстниками.

У детей-дошкольников главную роль в формировании базовой культуры, необходимой для развития личности, имеет игровая деятельность. В игре у детей происходят значительные изменения в его психике. Именно в детском возрасте ребенок имеет возможность, по своему усмотрению, без чьего-либо приказа, самостоятельно выбирать принцип общения со сверстниками, тем самым преодолевая какие-либо трудности.

В дошкольной педагогике наиболее распространены следующие игры: 1) игры с правилами (дидактические, подвижные и т.д.); 2) творческие игры (сюжетно-ролевые, сюжетно-музыкальные, игры-драматизации и т.д.). Игра. Существует много определений этой термину, сформулированных с разных точек зрения. Например, игра – подлинная социальная практика ребенка, его реальная жизнь. Или же, игра – тип осмысленной ребенком непродуктивной деятельности, где мотив лежит не в ее результате, а в процессе. И то, и другое определение будет правильным. Но в нашей ситуации, нас будет интересовать первое определение. Из него следует, что игра способствует воспитанию у детей нравственных чувств, общественных интересов и мотивов поведения, формированию определенных навыков и привычек, знаний о нормах и правилах поведения в обществе. Игры имеют определенное место в формировании ребенка как личности. Игра теснейшим образом связана с развитием личности, и именно в период её особенно интенсивного развития она приобретает особое значение, то есть в детстве. Войдя в игру, и постоянно совершаясь в ней, соответствующие действия закрепляются. Играя, ребенок все лучше овладевает ими: игра становится для него своеобразной школой жизни. В результате он в процессе игры развивается и получает подготовку к дальнейшей деятельности.

Но в современном мире дети все больше и больше обособляются от общества и становятся отвлеченными, замкнутыми в себе. Многие психологи, ученые считают, что виновниками этих событий являются развивающиеся современные технологии (телефоны, гаджеты и т.д.) Общение детей со сверстниками сводится к минимуму или же вовсе к нулю и заменяется общением с их личным мобильным устройством. Родители приобретают своим детям все прелести современных технологий, просто потому что благодаря им ребенок просто становится «тишайшим», совсем незаметным, что на руку многим родителям.

Экран телевизора заменяет бабушкины сказки, мамыны колыбельные, разговоры с отцом ... экран становится главным воспитателем ребенка. Однако это, казалось бы, безопасное занятие может повлечь за собой весьма печальные последствия не только для здоровья ребенка, но и для его психического развития.

По данным ЮНЕСКО, около 95% современных детей дошкольного возраста смотрят на экран 28 часов в неделю (в среднем - 4 часа в день; по будням – меньше, в выходные – больше, что имеет отрицательные последствия для здоровья).

Во-первых, ухудшается зрение, нарушается осанка, организм испытывает дефицит движений.

Во-вторых, происходят изменения в психическом здоровье.

У ребенка наблюдается отставание в развитии речи, так как с телевизором невозможно вести полноценный диалог, ухудшение так называемой внутренней речи, мышления, обеднение общения со сверстниками. Самое главное, что наблюдается повышение жестокости и агрессивности, а ведь ранний возраст является наиболее ответственным, потому что именно в нем закладываются основы будущего человека «с большой буквы».

Для определения собственной статистики мы провели опрос среди молодого, на наш взгляд, населения. По итогам которого мы определили средний возраст опрашиваемых, пол их детей и основные аспекты, необходимые для вывода.

Опрос показал, что средний возраст опрашиваемых равен 26 годам. У большинства родителей дети оказались женского пола (ж.п. = 76 %, м.п. = 24 %). На вопрос: «В какие игры наиболее часто играют ваши братья, сестры, дети?» , 53 % ответили, что в компьютерные, оставшиеся 47 % в совместные игры со сверстниками. По данному вопросу видно, что влечение детей виртуальными играми наиболее предпочтительнее, чем игры со сверстниками.

Наиболее важный вопрос для нашей работы звучал следующим образом: «По вашему мнению игры помогут ребенку в выборе будущей профессии?» По ответам видно, что большая часть родителей считают, что игры помогут в выборе будущей профессии (49 %). 26 % опрашиваемых считают обратное, а оставшиеся 25 % затруднились в выборе ответа.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что игра – это показатель культуры личности ребенка. Игра – форма организации жизни и деятельности детей, она выступает средством гармоничного, разностороннего развития, является методом или приемом обучения, а также необходимым условием саморазвития, самообучения, саморегуляции. Необходимо заниматься ребенком, давать играть интеллектуальные игры, развивающие мышление, речь, такие качества, как доброта, честность, взаимовыручка. По данным опроса видно, что отношения детей со сверстниками уменьшается, в пользу виртуального общения. График показывает, что положение еще не критическое, но все движется к этому.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ КАК ОСНОВА МОТИВАЦИИ ЧЕЛОВЕКА В МЕДИЦИНСКОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ

Смирнова Элеонора Валериевна

Россия, Воронежский государственный университет

Научный руководитель: д.э.н. Табачникова Мария Брониславовна

В любой социальной практике и теоретической рефлексии, касающихся проблем человека и общества, одним из главных смыслообразующих центров размышлений обязательно будет выступать концепт здоровья. Это относится к медицине и к менеджменту медицины в их теоретических и прикладных аспектах.

В свою очередь, стержневой проблемой медицинского менеджмента выступает мотивация человека в отношении своего здоровья. Только по-настоящему и всерьез мотивированный человек способен на систематические, целенаправленные и результативные действия по сбережению своего здоровья, по добровольному самоограничению в отношении вредных привычек и факторов риска развития заболеваний, по устойчивой ориентации на здоровый образ жизни [1]. Поэтому работа с мотивациями людей выступает центральной задачей медицинского менеджмента.

Ключевым элементом мотивации поведения человека являются его представления о своем собственном здоровье. Такие представления в их единстве принято обозначать как «внутренняя картина здоровья». Данный концепт удачно интегрирует в единое целое личные психоэмоциональные представления индивида о своем здоровье и социокультурные нормы, ценности и идеалы, концептуализирует все психологические явления и аффекты в единую целостную систему [2, С. 15 – 16; 3].

В нашем понимании внутренняя картина здоровья – это устойчивая интегрированная система социальных представлений, переживаний и установок (аттитюдов) человека в отношении своего физического, психического, психологического и социального состояния, своего здоровья в прошлом, настоящем и будущем. Внутренняя картина здоровья выступает основой и ведущим условием концепции здоровья каждой личности. Фундаментальное значение этой внутренней картины состоит в том, что именно она задает определенный модус поведения человека в отношении собственного тела и здоровья, можно даже сказать, программирует личность на определенную жизненную стратегию.

Структура внутренней картины здоровья как составной части самосознания личности, на наш взгляд, содержит несколько основных взаимосвязанных элементов.

1. Аксиологический элемент, включающий базовые социальные принципы, идеалы и ценности здоровья, разделяемые данной личностью. Все они носят нормативно-ценностный характер, организуют ценностные ориентиры и критерии, задают направленность представлений человека о собственном здоровье и его защите.

2. Когнитивный элемент, содержащий знания и представления человека о своем здоровье. Этот элемент обладает содержательно-гносеологической направленностью. Имеющиеся у личности знания и представления рационализируют и обосновывают ее внутреннюю картину здоровья, устанавливая определенную связь с положениями современной науки о человеке, здоровье и его индикаторах. Медицинская наука формирует в личном и общественном сознании общую матрицу научно обоснованных представлений о человеке и его здоровье. Включенный в это концептуальное поле, человек в той или иной степени усваивает основы научно-медицинского дискурса, благодаря чему становится обладателем базовых представлений о своем здоровье, не всегда, правда, полных и систематизированных.

3. Психофизический элемент представляет собой самочувствие человека и его ощущения своего собственного тела. Сразу заметим, что необходимо разграничить понятия «самочувствие» и «состояние здоровья». Если состояние здоровья – это объективное положение дел в человеческом организме по совокупным данным врачебного осмотра и

анализов, то самочувствие – это, в сущности, субъективное переживание, которое далеко не всегда отражает объективное состояние здоровья [4].

4. Эмоционально-оценочный элемент выступает одним из самых подвижных и изменчивых компонентов внутренней картины здоровья. Переживание чувства здоровья и оптимистичное самочувствие связано не только с очевидным отсутствием болезни и инвалидности, но и с динамикой и особенностями личностного физического, психического и нравственного состояния. Возникающие у личности эмоционально-оценочные комплексы формируют определенное отношение к своему здоровью, детерминируют мотивацию в отношении поддержания здоровья и актуализируют соответствующие установки и стандарты поведения.

5. Диспозиционный элемент включает разнообразные поведенческие стереотипы, установки и ориентации, которые опосредуют сложившиеся представления и нормы здоровья, формируя внутреннюю готовность личности к определенным целенаправленным действиям по защите своего здоровья. Диспозиции преобразуют абстрактные идеалы и нередко противоречивые представления в конкретную практическую деятельность. Поэтому диспозиции выступают наивысшим уровнем отношения к своему здоровью [5].

Подчеркнем, что все выделенные элементы структуры внутренней картины здоровья тесно связаны и переплетены друг с другом. Их взаимодействие носит весьма динамичный характер, что создает возможность достаточно быстрой и адекватной адаптации человека к постоянно изменяющимся условиям жизни.

Системное изучение внутренней картины здоровья будет способствовать не только расширению научных представлений в области психологии здоровья, но и позволит оптимально и эффективно организовать медицинский менеджмент, наладить работу по действенному мотивированию населения на защиту своего собственного здоровья, укоренить ориентацию на здоровый образ жизни.

Поэтому изучение внутренней картины здоровья позволит повысить ориентацию социальных институтов на учет характера и содержания существующих у людей представлений об адекватном поведении, связанном со здоровьем. Постоянное ухудшение экологических условий, непрерывный рост разнообразных стрессов и общественного недовольства системой здравоохранения актуализирует углубленное изучение психологических аспектов феномена здоровья.

Список литературы

1. Ильин Е. П. Мотивации и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
2. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья: Дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.05. / И. Н. Гурвич; Санкт-Петерб. гос. ун-т. – СПб., 1997. – 392 с. // РГБ ОД, 71:99-19/2-7 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.dissercat.com/content/sotsialnaya-psikhologiya-zdorovya> (дата обращения 12.08.2018)
3. Филатов Ф.Р. Психосемантический анализ социальных представлений о здоровье: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. / Ф.Р. Филатов; Ростовский гос. ун-т. – Ростов-на-Дону, 2001. – 24 с. [Электронный ресурс] URL: <http://www.dissercat.com/content/psikhosemanticheskii-analiz-sotsialnykh-predstavlenii-o-zdorove> (дата обращения 30.09.2018)
4. Шамионов Р. М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы: монография / Р. М. Шамионов. – Саратов: Научная книга, 2008. – 296 с.
5. Смирнова Э. В. Внутренняя картина здоровья: структура и типология / Э. В. Смирнова // Международный студенческий форум «Студенческое сообщество и развитие гуманитарных наук в XXI веке». – Воронеж: Издат. дом ВГУ, 2015. – С. 15 – 18.

МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНЕ: ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД**Засядкина Елена Валерьевна**Россия, Волгоград, ООО "Стоматологическая поликлиника "Лазурь"
Научный руководитель: д.мед.н., профессор Кибкало Анатолий Павлович

Наблюдаемая во всем мире тенденция к феминизации имеет отчетливый отраслевой характер, областями, где этот показатель достигает максимума и западные, и отечественные социологи признают здравоохранение и науку (до 56%) [5]. Это, в свою очередь, определяет тенденцию к завоеванию женщинами в этих областях лидирующих позиций [1]. По оценке Института социологии РАН в сфере здравоохранения среди руководителей женщины занимают около 30%. Это обуславливает исследовательский интерес к теме лидерства в медицине с гендерных позиций, поскольку реализация Национального проекта в области здравоохранения немыслима без оптимизации кадровой политики, особенно руководящего звена системы здравоохранения [3,6]. В связи с этим мы провели социологическое исследование, **цель** которого - изучить статусно-ролевые параметры профессиональной деятельности врача-руководителя с целью выявления гендерных особенностей менеджмента в медицине.

В соответствии с целью работы был проведен контент-анализ национальных и зарубежных источников литературы по рассматриваемой проблеме. Работа выполнена в категориальном поле социологии медицины с использованием методов контент-анализа, включенного наблюдения, социологического опроса и интервьюирования, а также психодиагностических методик. Изучение гендерных особенностей лидерства в медицинском коллективе проводилось на модели 36 женщин-врачей, занимающих должности заведующих отделениями 24 ЛПУ г.Волгограда. Стаж работы - $10,2 \pm 3,2$ лет; стаж работы в руководящей должности - $7 \pm 1,3$ лет. Для выявления гендерных особенностей проводился компаративный анализ аналогичных характеристик группы руководителей-мужчин ($N=39$).

Оценка лидерской направленности личностных свойств женщин-руководителей проводилась с использованием ряда психодиагностических методик. Обобщая данные компаративного анализа социально-психологических свойств врачей-руководителей можно отметить следующие гендерные особенности. У большинства исследуемых (77,7%) женщин отмечено доминирование организаторских качеств над коммуникативными. На фоне средних показателей коммуникативных качеств у большинства женщин-руководителей, в то же время выявлены факторы неэффективного лидерства:

- у 21,3% - низкие показатели коммуникативных качеств;
- у 21,3% - низкие показатели коммуникативного контроля (больше, чем у мужчин ($p < 0,05$));
- у 41,7% - помехи, затрудняющие общение (у 7,7% - препятствующие);

Положительной оценки для лидерской позиции заслуживают высокие показатели коммуникативной техники «*умения слушать*», среднее значение которого у женщин относится к градации «выше среднего» (лиц с такой градацией качества - 61,5%, $p < 0,05$).

Полученные данные исследования по методике «Прогноз» демонстрируют зависимость уровня НПУ врачей-руководителей от пола. Среди мужчин больше лиц с высокими уровнями нервно-психической устойчивости, а среди женщин – с низкими уровнями ($p > 0,05$). У большинства мужчин отмечены уровни нервно-психической устойчивости выше среднего ($p < 0,05$), а лиц с низкими уровнями нервно-психической устойчивости меньше, чем среди женщин, $p < 0,05$. У половины исследуемых женщин-руководителей выявлены уровни НПУ выше среднего ($p < 0,05$ между числом лиц с высокими и низкими уровнями НПУ). Число лиц со средним уровнем НПУ среди женщин достоверно больше, чем среди мужчин ($p < 0,05$).

Полученные результаты диагностики риск-рефлексии врачей-руководителей по методике Шуберта отражают гендерные особенности данного свойства. У женщин чаще регистрируются показатели рассматриваемого качества градации «ниже среднего» и «низкая»

($p < 0,05$ между другими градациями, выявленными в этой группе). Среди мужчин большинство обладает средней степенью готовности к риску, при этом среди мужчин таких лиц больше, чем среди женщин ($p < 0,05$). Обращает внимание, что среди мужчин-руководителей не выявлено лиц с низкой готовностью к риску, а лиц с показателем градации «ниже среднего» меньше, чем среди женщин ($p < 0,05$). В то же время среди мужчин больше лиц с рассматриваемым показателем градаций «выше среднего» и «высокая» ($p < 0,05$). Выявленные особенности позволяют сделать вывод, что у мужчин риск-рефлексия выражена сильнее, чем у женщин (по большинству показателей $p < 0,05$). Полученные данные демонстрируют закономерную зависимость риск-ориентации от пола и позволяют положительно оценить лидерские наклонности мужчин-руководителей [4].

Компаративный и корреляционный анализ данных изучения социально-психологических свойств альтернативных групп руководителей позволил эксплицировать гендерные особенности менеджмента в медицинской профессии: для женщин руководителей более характерным является авторитарно-демократический стиль, а для мужчин – либерально-демократический.

Рассмотренные особенности женского менеджмента в медицине, позволяют опровергнуть традиционное представление об ограниченных возможностях женщины-руководителя и мнение о меньшей эффективности «мягкого» женского менеджмента по сравнению с «жесткой» мужской моделью управления. Женщины-менеджеры достигают успехов не в результате копирования мужского стиля управления, а посредством творческого использования своих способностей, реализации внутренне присущих только женщине черт и качеств.

В связи с этим, необходимо создание методической системы для формирования лидерских качеств у специалистов как в условиях образовательной среды, а также в рамках сопровождения профессиональной деятельности [2,7,9]. Данная система должна включать также и мероприятия по диагностике лидерских качеств с целью наиболее оптимального подбора кадров на руководящие должности [6,8]

Список литературы

1. Доника А.Д., Засядкина Е.В. Женщина-менеджер в крупном промышленном городе. Социология города. – 2012. - № 1. С.40-45
2. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. - 2015. - № 1(15). - С.58-60.
3. Засядкина Е.В. Руденко А.Ю., Социально-ориентированный менеджмент в медицине: задачи профессионального обучения// Интегративные исследования в медицине: мат-лы II Всероссийской научно-практической конференции, 1-2 дек. 2011. Ч.I – Саратов. – Изд-во: ООО «Издательский центр «Наука». - С.156-157.
4. Карпович А.В. Методические подходы к изучению лидерства в проблемное поле социологии медицины // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. - № 12 (ч.5) – С.665-666.
5. Карпович А.В., Феномен лидерства в медицинской профессии: институциональные изменения и социально-психологические паттерны - М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2015 – 106 с.
6. Олимпиева М.А. Инновационная медицина: интересы науки и общества // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С. 50.
7. Озерова В.А. Медицинский профессионализм как контракт медицины и общества // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. –С.56
8. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. - № 2(8). - С.26-25.
9. Шестакова И.В. Современные подходы к формированию компетенций медицинских специалистов // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 3-1. – С.50.

РЕЧЕВОЙ ОБЛИК СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА***Колесникова Валерия Витальевна***

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.филолог.н. Н.В. Гончаренко

Социальная работа, относительно молодая профессия, направлена на помощь людям. Невозможно помочь человеку, если не наладить с ним контакт, расположить его к общению. В данной статье анализируется, какой должна быть речь специалиста по социальной работе, а также важность и необходимость использования речевого этикета – общепринятых правил речевого поведения и устойчивых формул вежливого обращения.

Социальная работа — это сфера профессиональной деятельности, которая предполагает непосредственную коммуникацию с различными слоями населения. Именно поэтому формирование правильного речевого облика специалиста данной сферы приобретает важное значение. Культура речи социального работника требует не только тщательной подготовки в профессиональной сфере (знания терминов, понятий, схем действий). На социального работника возложена трудная и ответственная миссия – помощь людям, попавшим в затруднительное жизненное положение. Специалист, оказывающий подобную помощь, способен не только примерить на себя всевозможные социальные роли как врача, психолога, друга, члена семьи, но и выражать объективный взгляд профессионала, выступать не в роли судьи и обвинителя, а в роли наставника.

Не вызывает сомнений тот факт, что основой отношений социального работника и клиента должно являться взаимоуважение сторон. Данная характеристика проявляется в уважительной манере общения, доброжелательной тональности общения [2]. Только в этом случае работа над оказанием необходимой и квалифицированной помощи будет продуктивной. Человека, находящегося в бедственном положении, трудно расположить к откровенному диалогу, а без этого помощь не может быть оказана в полной мере. Однако в настоящий момент существует не так много пособий по речевой культуре социального работника, поэтому данная тема, как нам представляется, является весьма актуальной. Не может быть высококвалифицированного специалиста без способности находить нужный подход к клиенту, узнавать его нужды и умения находить способы решения его проблем. В этом, безусловно, работнику социальной сферы поможет умение общаться, знание речевого этикета и особенностей речевого поведения, что составляет коммуникативную компетенцию специалиста [2].

А. В. Коренева в своей работе «Профессиональный аспект формирования речевой культуры социального работника на этапе вузовской подготовки» предлагает специалисту социальной сферы обращать внимание на пол, возраст, национальность, уровень интеллекта и т.п., клиента. Автор отмечает, что унификация своей речи будет означать низкую квалификацию специалиста, неумение работать с клиентами и вызовет множество проблем при взаимодействии сторон в дальнейшем. С другой стороны, умение задавать вопросы и слушать в процессе общения с клиентом является немаловажным компонентом этики специалиста. Главным критерием можно считать корректность (уместность) или некорректность (неуместность) вопроса. Автор предполагает, что излишнее давление на клиента может привести к негативной реакции [3]. В связи с этим, как нам представляется, следует овладеть речевым жанром утешения. Клиенты часто делятся своими переживаниями. Опытный социальный работник не только внимательно выслушает своего собеседника, но и найдет ободряющие слова. Наряду с этим Г. П. Медведева (ученый в области этики социальной работы) считает, что «чрезмерно бодрые высказывания социального работника по поводу исхода болезни могут привести к противоположному результату: больной клиент почувствует обман и лишней раз убедится в тяжести своего состояния» [5].

После установления контакта с собеседником и создания доверительных отношений, необходимо придерживаться определённых правил, которые помогут сохранять

установившиеся отношения. В литературе, анализирующей профессиональную деятельность социального работника и её коммуникативную составляющую, представлен ряд рекомендаций по этому вопросу, в общем виде которые могут быть сведены к следующему. Речь социального работника должна быть:

- содержательной (необходимо подбирать и продумывать выражения);
- логичной (следует обоснованно и последовательно излагать мысли, следить за их взаимосвязанностью);
- доказательной (необходимо следить за достоверностью, понятностью и обоснованностью доводов);
- убедительной (специалист должен развивать в себе способность убеждать собеседника и добиваться того, чтобы это убеждение постепенно укоренилось в сознании клиента);
- ясной (необходимо следить за ясностью выражений);
- понятной (целесообразно пользоваться словами и терминами, понятными собеседнику; не следует употреблять редко используемые слова и выражения, а также жаргонизмы. [3-5])

Таким образом, можно сделать вывод о том, что знание особенностей речевого поведения и владение речевым этикетом является важной составляющей профессионального облика работника социальной сферы. В самом общем смысле, это становится основой профессий, связанных с работой в сфере взаимодействия «человек-человек». Допущение ошибок в речи, нарушение этических правил может создать образ некомпетентного в своей сфере работника и настроить клиента на негативную ответную реакцию. Наоборот, знание и соблюдение правил речевого поведения будет сопутствовать успеху в профессиональных делах.

Список литературы

1. Белинская, А.Б. Конфликтология в социальной работе / А. Б. Белинская; УМО. – М.: Дашков и К°, 2010.
2. Гончаренко Н.В. Суггестивность медицинского дискурса // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2008. № 2 (26). С. 12-16.
3. Коренева А. В. «Профессиональный аспект формирования речевой культуры социального работника на этапе вузовской подготовки». // Журнал «Педагогическое образование и наука». 2008. № 2. С. 65-68.
4. Киселева Г.В., Расюк Е.Г. «Культура речи как показатель профессиональной компетентности социального работника». Режим доступа: http://www.rusnauka.com/17_AVSN_2012/Philologia/7_113112.doc.htm (23.10.2019)
5. Медведева Г. П. Этика социальной работы. - М.: ВЛАДОС, 1999. - 208 с.

УДК 614.253.1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕННОСТНЫХ ПРОФИЛЕЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА

*Царанов Константин Николаевич, Комолова Ольга Алексеевна,
Паничкин Вадим Олегович, Тарбастаев Алексей Григорьевич*
Россия, Университет Правительства Москвы

Актуальность изучения ценностных ориентаций работников, как класса, обусловлена появлением целого ряда работ, посвященных разным аспектам этой проблемы [2,3,4]. Особую остроту приобретает изучение изменений, происходящих в сознании медицинских сотрудников для понимания того, как улучшать качество медицинской помощи (МП) через воздействие на организационную культуру (ОК). Соответственно, поиск нового подхода к практической работе с ОК является сегодня приоритетной задачей [1].

Цель исследования: сравнить структуру ценностных ориентаций, величину разрывов между нормативными идеалами и личными приоритетами поведения сотрудников хирургических отделений ГКБ №15 города Москвы, а также показатели медицинской деятельности этих коллективов.

Методы исследования: методика диагностики ценностных ориентаций Шварца (Schwartz Shalom H.), статистическая обработка проводилась с применением U-критерия Манна-Уитни, определение показателей оценки деятельности подразделений стационара проводилось, согласно «Перечня оснований для отказа в оплате МП к тарифному соглашению на оплату МП оказываемой по территориальной программе ОМС г.Москвы на 2018 год», учитывались суммы снятия за дефекты оказания МП и дефекты оформления первичной медицинской документации.

Результаты: В рамках одной медицинской организации (МО) проведено сравнение результатов опросника Шварца в двух отделениях одной направленности. Условия были одинаковы, направленность одинакова. Респондентами выступили 47 сотрудников из двух хирургических отделений. Значимых различий в структуре ценностных ориентаций между изучаемыми коллективами не выявлено, результаты ранжирования наиболее значимых для респондентов ценностных ориентаций – Таблица 1.

Таблица 1. Ранг наиболее значимых ценностных ориентаций

ан г	Хирургическое отд. №1 (ХО №1)			Хирургическое отд. №2 (ХО №2)		
	Зав. отд.	Врачи	Медсестры	Зав. отд.	Врачи	Медсестры
	Универсализм	Универсализм	Универсализм	Безопасность	Универсализм	Универсализм
	Безопасность	Безопасность	Безопасность	Универсализм	Безопасность	Безопасность
	Достижения	Доброта	Традиции	Достижения	Самостоятельность	Самостоятельность

Величины (в баллах опросника Шварца) нормативных идеалов и личных приоритетов у врачей значимо различаются. У заведующих отделениями их разность отличается в 3,54 раза, у групп врачей в 1,8 раза, в среднем, ($p < 0,01$ для обоих сравнений), а у медицинских сестёр значимых различий этой разности не выявлено – Таблица 2. Анализ исследуемых показателей медицинской деятельности проведен с 01.01.2017 по 30.06.2018. За исследуемый период, средняя стоимость оказания МП в ХО №1 и ХО №2 составила 33000 и 57500 руб на одного пациента, соответственно. На основании данных о количестве пролеченных пациентов и исследуемых показателей из отчетов МО в ТФОМС доли снятия за дефекты оказания МП составили 0,13% в ХО №1 в ХО №2 0,15%, за дефекты оформления первичной медицинской документации 1,5% в ХО №1 и 0,6% в ХО №2, в среднем, на одного пролеченного пациента соответственно (Рис.1).

Таблица 2. Разность между нормативными идеалами и индивидуальными приоритетами в исследуемых группах (в баллах опросника Шварца)

Ценностные ориентации	Хирургическое отд. №1			Хирургическое отд. №2		
	Зав. отд.	Врач	Мед.	Зав. отд.	Врач	Мед.
По всем десяти ценностным ориентациям	4,4	6,5	8,5	1	4,3	4,9

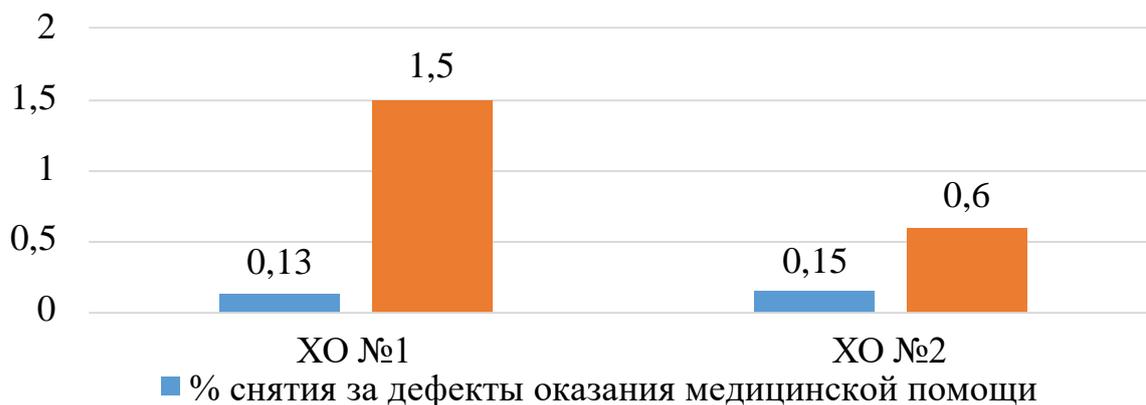


Рисунок 1. Доли снятия за дефекты оказания МП и оформления первичной медицинской документации на одного пролеченного пациента в процентах.

Выводы: 1) Структура наиболее значимых ценностных ориентаций в исследуемых коллективах представлена ценностным репертуаром: Универсализм (понимание, терпимость, защита благополучия), Безопасность (безопасность для других людей и себя, гармония), Достижение (личный успех через проявление компетентности в соответствии с социальными стандартами), Самостоятельность (самостоятельность мышления). 2) Величина разрывов между нормативными идеалами и индивидуальными приоритетами у заведующих отделениями различаются, примерно, в 4 раза, у врачей в 2, у медицинских сестёр различий не выявлено. 3) При одинаковых условиях, показатели качества организации и качества МП различаются в двух исследуемых отделениях. Суммы снятия, на одного пролеченного пациента, за дефекты оформления первичной медицинской документации в ХО №1 в 2 раза больше, чем в ХО №2. Аналогичные различия наблюдаются при оценке качества оказания МП, с учетом тяжести состояния пациентов в ХО №2 (средняя стоимость лечения одного пациента в 2 раза больше, чем в ХО №1).

Таким образом, результаты проведенного исследования, позволяют предположить о возможных взаимосвязях между ценностным профилем персонала подразделений с ценностным профилем их лидеров, и как следствие, с качеством медицинской деятельности, а именно с качеством оказания медицинской помощи и с качеством её организации.

Список литературы

1. Базаров Т.Ю., Аксеновская Л.Н. Управление организационной культурой // Российский психологический журнал. – 2008. – Том 5. – №2. – С. 9-17
2. Кон И.С. Социология личности // Издательство политической литературы, 1967 – 384 с.
3. Молчан Э.М., Гончарова А.А. Диалектическое взаимодействие субъектов: ценностный аспект. // Ценности и смыслы №2 (42), 2016. С. 31-35
4. Мудрик А.В. Введение в социальную педагогику. Изд. 2-е, перераб. // М.: Московский психолого-социальный институт, 2009. — 568 с.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Гасайниева Убайдат Буньяминовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н., профессор Косинова Наталья Николаевна

В настоящее время развитие негосударственной стоматологической помощи замедлилось, в связи с тем, что частной стоматологии препятствует отсутствие достоверных стоматологических данных.

Между государственными и частными стоматологическими учреждениями существует конкуренция [1]. Уровень оказания стоматологической помощи будет различен, так как, считается, что частные клиники оснащены более современными источниками лечения.

Большое значение для оказания качественной стоматологической помощи населению имеет материально – техническое обеспечение, однако, данный вопрос недостаточно изучен, отсутствуют данные об использовании современных технологий в практической работе врача-стоматолога.

Знания о частном секторе стоматологии необходим для планирования развития и управлением её качества.

Работа врача-стоматолога относится к наиболее напряженным видам трудовой деятельности, приводящим к развитию профессионального стресса и эмоционального выгорания у 45% – 90% практикующих врачей [2]. Немаловажное значение имеют условия труда стоматологов: наличие вредных физических факторов и факторов воздействия на физиологическое и соматическое состояние организма (вибрация и шум, сменный график работы и отсутствие режима питания, загрязненная атмосфера, зрительное и статическое напряжение); влияние социально-психологических нагрузок (конфликты с пациентами и персоналом, неравномерная загруженность, работа в условиях высокой ответственности и дефицита времени, отсутствие уверенности в социальном благополучии) [4].

Социальная роль частной стоматологии расширяется, за счет увеличения доступности стоматологической помощи и приближению её к месту жительства населения, представлению пациентам услуг, не предусмотренных в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), стремлению к переходу от оказания стоматологической помощи взрослым и принципу семейной медицины.

Социальный статус является одной из важнейших фундаментальных характеристик личности. Это понятие применимо как к личности, так и к социально – профессиональной группе. Социальный статус является латентной переменной. Вебер М. рассматривал статус как показатель жизненных шансов и предлагал учитывать его как отличный от класса способ измерения уровней социальной стратификации[3].

В системе оказания медицинской помощи врач является центральной фигурой; его позиция, поведенческие установки и практики определяют качество медицинских услуг. Процесс профессионализации врача как субъекта труда неразрывно связан с общим процессом социализации личности.

Социальный статус врача – соотносительное положение (позиция) врача, определяемое по совокупности прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых норм поведения, обусловленных особенностями функционирования системы здравоохранения. Выделены следующие критерии статуса врача:

- экономический,
- профессионально-должностной,
- престижность,
- социально-психологический.

В социологической теории статус определяется не только размером и структурой доходов, но и индивидуальными и семейными стратегиями достижения соответствующего материального положения [3].

Изучение статуса врачей в настоящее время является актуальным. Система предоставления населению необходимой медицинской помощи приобретает на сегодняшний день жизненно важное значение для сохранения общества и обеспечения национальной безопасности.

Все врачи отмечают, что для их защиты просто необходимо совершенствовать имеющуюся нормативно-правовую базу, так как законодательная база для защиты прав пациентов сегодня достаточно детально разработана, чего не скажешь о таковой для медицинского персонала.

Переход к рыночным отношениям в здравоохранении формирует новые статусные характеристики медицинского персонала, работающего в негосударственном секторе здравоохранения, где главной доминантой деятельности становятся экономические факторы [3].

Врачи негосударственных учреждений главными преимуществами своей работы считали зарплату «по количеству и качеству работы», а не по «ставке» (55,6%), возможность применения современных технологий лечения пациентов (53,3%), хорошее оборудование (46,7%). Только 33,3% стоматологов отметили, что в частных клиниках их привлекает высокая зарплата, а 26,7% считали важным тот факт, что в частных клиниках «меньше начальства». Всего 6,7% были уверены, что пациенты больше уважают частных врачей. В то же время, 46,7% врачей частных клиник отметили, что в частной стоматологии работают потому, что не смогли найти работу в государственных учреждениях [4].

Таким образом, полученные результаты позволили составить социальный портрет врача-стоматолога. Современный врач-стоматолог – это, как правило, женщина (68,6%), в возрасте 30–50 лет (54,3%), нередко – старше 50 лет (28,6%), со стажем работы в стоматологии более 15 лет (60,0%), наличием квалификационной врачебной категории (60,0%). Имеет удовлетворительные материальное положение и жилищные условия (60,0% и 57,1%), однако не считает, что получает достаточное материальное вознаграждение за свою работу (68,4%). Предпочитает обычные курсы усовершенствования (80,0%), редко участвует в выездных или местных профессиональных мероприятиях (20,0% и 40,0% соответственно). Большинство врачей-стоматологов удовлетворены работой (79,0%), называют её интересной и творческой (71,4%), однако всего 29,5% оценивают условия своей работы как хорошие и лишь 5,7% считают свою профессию признаком высокого социального статуса. Большинство врачей-стоматологов имеют различные профессиональные проблемы (88,6%), признаки синдрома эмоционального выгорания (76,3%), отмечают ухудшение здоровья в течение последних 5 лет (85,7%) [4].

Список литературы

1. Зайцева И.Н. Обоснование предпринимательских решений на рынке высококвалифицированных услуг (на примере частной стоматологии): Автореф. дис. канд. эконом. наук / Зайцева И.Н. -Новосибирск, 2007. -22с.
2. Водопьянова Н.Е. Психологическое выгорание у врачей стоматологов //Водопьянова Н.Е. //Стоматолог. -2002. -№7. <http://www.edentworld.ru/cgi-bin/info/lib.pl?cid=&DocID=1238>.
3. Социальный статус стоматолога общей практики: монография / С.А. Котаниди, Е.И. Губанова, Э.С. Тёмкин, Т.К. Фомина. – Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 120 с.
4. Филимонов А.В. Социальная роль частной стоматологии в современных условиях: автореф. дис канд. мед. наук. – Волгоград, 2008. – 27 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Бражникова Мария Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Формирование системы, направленной на повышение качества медицинской помощи, основой для которой является мотивация медицинских работников к качественному труду, развитие непрерывного медицинского образования и внедрение новых медицинских технологий предстает как одна из главнейших задач государственной политики в сфере здравоохранения [1].

Главным механизмом профессионального развития медицинского персонала, обеспечивающим повышение эффективности ее деятельности, является аттестация [2].

Одно из определений понятия "аттестация" трактуется как комплексная оценка уровня квалификации, профессионализма и продуктивности деятельности работников государственных и муниципальных образовательных учреждений [3].

На наш взгляд, оценка уровня профессионализма, обозначенная в предлагаемом определении, должна вмещать в себя оценку профессионально-личностного потенциала специалиста, так как субъективное отношение человека к профессии зачастую занимает ключевую позицию в становлении специалиста как профессионала своего дела.

Аттестация направлена на стимулирование профессионального роста и развитие профессионально-личностного потенциала работника.

В основе аттестации наличествует механизм оценки. Нередко последняя содержит в себе большой процент субъективности, что, в ряде случаев, приводит к ошибочному процессу оценивания специалиста в целом, в то время, как результаты оценочного процесса являются очень важными для личности, во многом определяя дальнейшую профессиональную реальность.

Поэтому для проведения аттестации необходимо привлекать только профессионалов, способных правильно и справедливо оценить профессионализм работника, результативность его труда, а также профессиональный потенциал.

Результатом аттестации является присвоение работникам квалификационной категории, которая определяет уровень квалификации, профессионализма, продуктивности и качества труда, соответствующий нормативным критериям, а также учитывает степень сложности выполняемых профессиональных задач [3].

Следует отметить, что любая профессиональная деятельность, в том числе в сфере здравоохранения, приводит к определенным профессионально-личностным изменениям человека, нередко даже переходя в профессионально нежелательные качества, например, коммуникативная нетерпимость, эмоциональная нестабильность, депрессивность и т.д.

Данное положение приводит к мысли о том, что необходимо совершенствование уже имеющихся и создание новых методов диагностики возможной профессиональной деформации медицинского работника. При проектировании методики аттестации нужно оптимально учитывать интересы личности и организации.

Аттестация должна иметь гуманистическую направленность, проявляющуюся в глубоком уважении к личности аттестуемого, признании его права на добровольное участие в этой процедуре [4]

Проведение аттестации не должно приводить к стрессовым состояниям и нервным потрясениям аттестуемого. Для профилактики возможных психических перегрузок аттестуемых следует психологически готовить их к аттестации.

Аттестация требует лично-ориентированного подхода, с обязательным учетом потребности человека в самоактуализации и самосовершенствовании. В таком ключе аттестационный процесс симулирует профессиональный рост аттестуемого специалиста.

Данное положение порождает главную из проблем проведения аттестационного процесса – ориентация на человека. Здесь на первое место выносятся заинтересованность в специалисте независимо от его квалификации, доброжелательное отношение к работнику, установка на его профессиональный рост, а не на избавление от него [4].

Важно также отметить еще один психологический аспект процесса аттестации – влияние устоявшихся в обществе стереотипов. При аттестации деятельность начинающих работников ассоциируется с неопытностью, зачастую безответственностью. В то время как специалисты с большим стажем характеризуются как профессионально надежные работники, однако склонные к консерватизму и проявлению ригидности к инновациям. На объективность аттестации влияет наличие определенных симпатий/антипатий членов аттестационной комиссии к аттестуемому специалисту. На результат аттестации влияют установки, данные экспертам руководителем: завышенная/ заниженная устная характеристика.

В дополнение к данной проблеме можно отнести и национальные стереотипы оценки профессионализма, и межличностной конфликтности [3].

Обозначенные положения психологической стороны процесса аттестации обнажают необходимость дальнейшего совершенствования технологии аттестации персонала, в том числе и медицинских работников.

Список литературы

1. Бурышкова, Н.Н., Кораблев, В.Н. Анализ литературы по аттестации и деловой оценке медицинских кадров в России и за рубежом / Н.Н.Бурышкова // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2012. – № 1. – С. 1-21.
2. Ястребова, Е.А. Научное обоснование оптимизации системы аттестации медицинских работников стоматологического профиля на региональном уровне.[Текст]: автореф. дис. на соиск. учен.степ.канд. мед. наук (14.02.03) / Ястребова Елена Александровна; ГОУ ВПО СГМУ Минздрава России – Смоленск, 2010. – С. 3-21.
3. Зеер, Э.Ф. Психология профессий: учебное пособие / Э.Ф. Зеер. – Москва: Академический Проект, 2003. – 336 с.
4. Шахматова, О.А. Психологические аспекты аттестации педагогов / О.А. Шахматова // Научные исследования в образовании. – 2006. – № 3. – С. 3-7.

УДК 37.013.46

ГОТОВНОСТЬ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА

Еремينا Мая Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., д.соц.н. Доника Алена Димитриевна

Деятельность медицинских специалистов, осуществляющих оказание медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, сопряжена с высокой степенью эмоционально-психологической нагрузки. Согласно условиям современной среды медицинский специалист рассматривается не только как обладатель знаний и умений в профессиональном поле деятельности, но и как специалист, способный эффективно применять полученные знания, умения в ситуациях, параметры которых выходят за рамки обычных. Таким образом, личностные качества врача являются одним из компонентов, определяющих профессиональную готовность. При этом, каждая составляющая профессиональной компетентности обладает весомой значимостью в личностном становлении врача как специалиста. В связи с чем, изучение социально-психологических компетенций медицинских специалистов в контексте профессиональной готовности приобретают особую значимость [1,2].

Так как наиболее интенсивное формирование профессионально значимых качеств и развитие профессиональной рефлексии происходит на додипломной стадии профессиогенеза врача, целесообразно изучение процесса формирования профессиональной компетентности на додипломной стадии получения медицинского образования [3].

В связи с вышеизложенным мы провели исследование социально-психологических компетенций будущих врачей с целью выявления степени профессиональной готовности к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций. Эмпирическую базу составили результаты социологического исследования 118 студентов старших курсов лечебного факультета Волгоградского государственного медицинского университета, полученные методом психодиагностического тестирования с использованием авторской анкеты.

Проанализировав специальную литературу, мы выявили, что профессиональные компетенции врача представляют собой комплекс уникальных профессионально значимых качеств, знаний, умений и навыков, развивающихся в процессе профессионального становления личности [4].

Согласно полученным результатам исследования, 46,67% респондентов обладают уверенностью в собственной способности эффективно оказывать медицинскую помощь в очагах чрезвычайных ситуаций и предполагают, что способны ориентироваться в сложной обстановке и принимать решения в условиях дефицита времени. Однако, большинство (65,93%) респондентов оценивает свои знания и умения недостаточно сформированными для осуществления успешной деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций на данной стадии профессиогенеза. Среди будущих врачей 63,74% готовы подвергать собственную жизнь риску в процессе выполнения профессиональных обязанностей в условиях чрезвычайных ситуаций, не зависимо от результата. Такое качество, как «умение работать в команде» большинство отметило определяющим личностным качеством, необходимым для осуществления эффективной деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций. Чаще других причин неготовности к профессиональной деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций (57,31%) отмечена «неуверенность в собственных силах». Среди опрошенных 27,85% всячески стараются избегать ситуаций, требующих их участия, как медицинских специалистов.

В ходе исследования выявлено статистически достоверное гендерное неравенство – исследуемые женского пола чаще подвержены самокритике и сомнениям в своей профессиональной готовности, в то время как представители мужского пола обладают более выраженной уверенностью в собственных профессиональных качествах (56,2 % против 33,8 %, ($p > 0,05$)).

Таким образом, развитие профессиональной компетентности в контексте готовности к деятельности в не стандартных условиях должно происходить интенсивно и целенаправленно на додипломном этапе и совершенствоваться на последующих этапах профессионализации. Кроме того, в процессе обучения в вузе необходимо значительное внимание уделять не только получению профессиональных знаний и умений, но и становлению личности будущих врачей.

Список литературы

1. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – Москва: Изд-во «Академия естествознания», 2009.- С.103-109.
2. Еремина М.В. Социально-психологические аспекты профессиональной деятельности врача скорой медицинской помощи как субъекта экстремальной ситуации // Сборник материалов научно-практической конференции «Медицина катастроф: обучение, наука и практика», г.Москва. 2015 – Москва. – 2015. –С. 12-14.
3. Доника А.Д., Еремина М.В Анализ рефлексии проектирования социального статуса специалистов медицинского профиля на додипломной стадии профессионализации // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке -2016.-№ 11. Т.18 – С. 76-78.
4. Еремина М.В. Социально-психологическая направленность врача в контексте готовности к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций // Материалы Всероссийской

научно-практической конференции «Готовность Всероссийской службы медицины катастроф к реагированию и действиям при чрезвычайных ситуациях – важный фактор повышения качества и доступности медицинской помощи пострадавшим при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях», г.Казань, 12-13 октября 2016. – Казань – Изд-во: М.: ФГБУ «ВЦМК «Защита» - Москва – 2016. - С.65-66.

УДК 378.665:366

ОЦЕНКА РИСКА ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ

Еремина Мая Владимировна, Доника Алена Димитриевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

На территории России за год в среднем происходит до 230—250 событий чрезвычайного характера природного генеза и до 900-950 чрезвычайных ситуаций, связанных с производственной деятельностью человека. Статистика и долгосрочное прогнозирование демонстрируют тенденцию к дальнейшему росту числа подобных событий. Ликвидация последствий чрезвычайной ситуации, включающая и оказание помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях, требует высокой психологической готовности всех участников. [1].

Анализ литературных данных, посвященных проблеме профессиональной деятельности врачей в условиях экстремальных ситуаций свидетельствует, что катастрофы характеризуются условиями, порождающими определенные проблемы для специалистов, работающих в условиях экстремальных ситуаций:

- а) неожиданность, требующая неотложных действий;
- б) дефицит медицинских ресурсов, рассчитанных, как правило, на нормальную жизнедеятельность: большое число пострадавших означает, что имеющиеся ресурсы должны быть задействованы максимально эффективно для спасения как можно большего числа человеческих жизней;
- в) материальные и природные разрушения затрудняют либо делают опасным доступ к пострадавшим;
- г) последствия, угрожающие здоровью населения в результате загрязнения окружающей среды, с риском возникновения эпидемий [2].

Таким образом, катастрофы требуют многогранной реакции, включающей различные виды действий, начиная с транспортировки и обеспечения продовольствием и заканчивая предоставлением медицинской помощи. Таким образом, спасатели и врачи вынуждены действовать в экстремальной обстановке [3,4].

С целью исследования риска дезадаптации врачей в условиях чрезвычайных ситуаций на основании оценки нервно-психической устойчивости проведено социологическое исследование с помощью методики «Прогноз» среди врачей различных профилей, составивших модельные группы врачей службы скорой медицинской службы, терапевтов и специалистов нелечебного профиля, взятых в паритетных соотношениях.

Согласно полученным результатам, большинство исследованных имеет уровни нервно-психической устойчивости градаций «средний» и выше, следовательно, обладают достаточно высокой готовностью к работе в экстремальных условиях. В среднем набранное количество баллов по шкале НПУ ($M \pm m$) у всех исследуемых составило $14,4 \pm 0,94$ и не имело достоверных различий в рассматриваемых группах ($p > 0,05$).

Проведенный распределительный анализ выявил достоверные различия в соотношениях лиц с разным уровнем нервно-психической устойчивости в исследуемых группах. Так, в группе врачей скорой помощи выявлено меньшее число лиц с низкими уровнями нервно-психической устойчивости, чем в группах других специалистов (7,5%; $p < 0,05$). Большинство исследованных врачей скорой помощи имело уровни нервно-психической устойчивости градации «выше среднего» (71,3%, $p < 0,05$).

В группе врачей-терапевтов примерно половина исследуемых имела уровни НПУ выше среднего (57,1%; $p < 0,05$ между числом лиц с высокими уровнями НПУ и низкими уровнями НПУ). Число лиц со средним уровнем НПУ в группе терапевтов достоверно больше, чем в других исследованных группах (35,7% против 5,5% в группе врачей скорой помощи).

В группе врачей нелечебного профиля число лиц с уровнями НПУ ниже среднего больше, чем в группах врачей лечебных специальностей ($p < 0,05$ аналогичного показателя в группе терапевтов).

В то же время распределительный анализ выявил достоверные различия в соотношениях лиц с разным уровнем нервно-психической устойчивости в исследуемых группах. Так, в модельной группе скорой медицинской помощи у большинства лиц отмечены уровни нервно-психической устойчивости выше среднего ($p < 0,05$), а лиц с низкими уровнями нервно-психической устойчивости меньше, чем в других группах, $p < 0,05$.

В модельной группе терапевтов у половины исследуемых выявлены уровни НПУ выше среднего ($p < 0,05$ между числом лиц с высокими и низкими уровнями НПУ). Число лиц со средним уровнем НПУ в группе терапевтов достоверно больше, чем в других модельных группах ($p < 0,05$).

В группе врачей нелечебного профиля число лиц с уровнями НПУ градации «ниже среднего» больше, чем в группах врачей лечебных специальностей ($p < 0,05$ для аналогичного показателя в группе терапевтов).

Полученные данные демонстрируют зависимость уровня НПУ врачей от профиля врачебной деятельности. Среди врачей скорой медицинской помощи больше лиц с высокими уровнями нервно-психической устойчивости, а среди врачей нелечебного профиля – с низкими уровнями ($p > 0,05$). Полученная зависимость, на наш взгляд, во многом обусловлена особенностями профессиональной деятельности врачей модельных групп - степенью ответственности, волевого и эмоционального напряжения.

В то же время, выявленное число лиц с низкими уровнями нервно-психической устойчивости в группе врачей службы скорой медицинской (20%) свидетельствует о необходимости совершенствования мероприятий психологического сопровождения профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, в том числе проведения мероприятий психологического отбора лиц, рекомендуемых к работе в этих условиях.

Список литературы

1. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – Москва: Изд-во «Академия естествознания», 2009.- С.103-109.
2. Еремина М.В. Социально-психологические аспекты профессиональной деятельности врача скорой медицинской помощи как субъекта экстремальной ситуации // Сборник материалов научно-практической конференции «Медицина катастроф: обучение, наука и практика», г.Москва. 2015 – Москва. – 2015. –С. 12-14.
3. Доника А.Д., Еремина М.В Анализ рефлексии проектирования социального статуса специалистов медицинского профиля на додипломной стадии профессионализации // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке -2016.-№ 11. Т.18 – С. 76-78.
4. Еремина М.В. Социально-психологическая направленность врача в контексте готовности к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Готовность Всероссийской службы медицины катастроф к реагированию и действиям при чрезвычайных ситуациях – важный фактор повышения качества и доступности медицинской помощи пострадавшим при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях», г.Казань, 12-13 октября 2016. – Казань – Изд-во: М.: ФГБУ «ВЦМК «Защита» - Москва – 2016. - С.65-66.

ЭТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕНЕДЖМЕНТА*Шестакова Ирина Валерьевна, Паньшин Николай Геннадьевич*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Этическая регуляция менеджмента в здравоохранении за рубежом имеет длительную историю, достаточные результаты эффективности, апробированную практику. В России интеграция этики в регулирующие принципы работы медицинской организации носит дискретный характер. В то же время согласно данным современных исследований большинство правовых конфликтов в медицине в России имеют этическую природу [1,2]. В связи с чем, для профилактики жалоб и судебных заявлений в области здравоохранения необходимо разработать эффективные механизмы этического регулирования взаимоотношений в медицине [3,4]. В России созданы Этические комитеты, разработаны частные кодексы по этике, но эти мероприятия не имеют системного характера и регуляции на уровне министерств (комитетов здравоохранения в субъектах РФ) [5]. В то же время в ряде западных стран вопрос этического регулирования тесно связан с общим регулированием работы медицинской организации [6,7]. В этой связи мы провели исследование, **цель** которого показать особенности этического регулирования менеджмента в здравоохранении за рубежом.

Проведенный обзор доступных источников по рассматриваемой проблеме показал, что вопрос разработки этических принципов для системы здравоохранения за рубежом решался в рамках достижения критериев эффективного менеджмента и обеспечен системным подходом, основанным на текущем национальном законодательстве [8,9]. Так, например, этико-ассоциированные руководящие принципы были разработаны Министерством здравоохранения Новой Зеландии совместно с группой «по созданию организаций здравоохранения для оказания помощи вновь образованным медицинским организациям в выполнении их уставных обязательств» в соответствии с «Законом об услугах в области здравоохранения и инвалидности» [10]. В руководящих принципах были определены общие этические принципы, которые, как ожидается, будут применяться медицинскими организациями в их деятельности. Они включали уважение достоинства, прав и культурных потребностей пациентов, а также ответственность за обеспечение справедливости в доступе к услугам по охране здоровья для всех пациентов или клиентов. Ожидается, что на их основе медицинские организации разработают конкретную политику и процедуры для обеспечения таких этических принципов, как: конфиденциальность, информированное согласие, обязанности по оказанию медицинской помощи, процедуры этического анализа, процедуры в случае смерти, обязанностей совета директоров и руководства. В свою очередь обязанности руководства медицинской организации должны включать: обеспечение надлежащего качества услуг и ухода; укрепление культуры этического поведения всеми лицами, работающими или учащимися в данной медицинской организации, предоставление надлежащих механизмов для персонала и руководства для представления информации о проблемах качества или этической уместности услуг или ухода, а также механизмов для расследования или принятия мер по любым таким проблемам.

Рассматриваемые руководящие принципы легли в основу «Кодекса прав потребителей и потребительских товаров для здоровья и инвалидности», в котором указаны права по следующим рубрикам: право на уважение; право на свободу от дискриминации, принуждения, преследования и эксплуатации; право на достоинство и независимость; право на услуги соответствующего стандарта; право на эффективную связь; право быть полностью информированным; право делать осознанный выбор и давать информированное согласие; право на поддержку; права в отношении преподавания или исследований; право подавать жалобы.

Все эти права, как основные этические принципы вошли затем в Кодекс по медицинской этике Новой Зеландии. Все эти принципы являются областями, которые рассматриваются как вопросы этической озабоченности врачей. Следовательно, действие

«Кодекса прав...» заключается в том, чтобы распространить эту этическую заботу на руководителей и всех сотрудников организаций медицинских учреждений и сделать это вопросом принудительного исполнения через Управление уполномоченного по вопросам здравоохранения и инвалидности.

Представляет интерес Кодекс этики Американского медицинского колледжа отличающийся от Кодекса этики и рекомендаций Министерства здравоохранения для вновь организованных лечебных учреждений Новой Зеландии. Это обусловлено тем, что Колледж был впервые создан в 1930-е годы как колледж госпитальных администраторов, но в 1985 году изменил свое название. Их код, представленный в работах Darr и Griffith, был принят в 1988 году [11]. В 1990 году в этом колледже было более 23 000 филиалов по всей территории Соединенных Штатов. В этом кодексе излагаются четыре широкие области этической ответственности (и излагаются значительные детали для каждой области): обязанности исполнительного директора здравоохранения по вопросам профессионального управления в здравоохранении; обязанности исполнительного органа здравоохранения по отношению к организации и пациентам, клиентам или другим лицам; ответственность исполнительного органа здравоохранения перед обществом (в частности, отмечены такие действия, как: участие в общественном диалоге по вопросам политики здравоохранения и пропаганда решений, которые улучшат состояние здоровья и будут способствовать качественному здравоохранению; краткосрочные и долгосрочные последствия управленческих решений, как для медицинского сообщества, так и для общества; обязанность руководителя здравоохранения сообщать о нарушениях кодекса.

Проведенный в работе обзор источников позволил продемонстрировать на модели этического регулирования деятельности медицинской организации в Новой Зеландии и этического регулирования профессионального менеджмента в здравоохранении в США необходимость системного, управленческого подхода в вопросах этического регулирования в медицине. Опыт такой реализации и включение этических принципов в критерии эффективности менеджмента в здравоохранении позволят более эффективно интегрировать этические принципы в современную медицинскую практику, сократить число этических и правовых конфликтов, повысить качество оказания медицинской помощи населению.

Список литературы

1. Айвазян Ш.Г. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.35-37.
2. Худякова Д.В. Биоэтика и современная медицинская практика: «благо» и «здоровье» // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.57-58
3. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. - № 2(8). - С.26-25.
4. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. - 2015. - № 1(15). - С.58-60.
5. Баракова С.И. Роль этических комитетов в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.51-52.
6. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. - № 2(10).- 2012.- С.59-62.
7. Теунова Д.Н. Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики // Биоэтика – 2014 – № 2 (14) 2014 – С.44-46.
8. Feldman, S.P. The ethics of shifting ties: Management and the breakdown of culture in modernity. *Journal of Management Studies*. 2011. 33(3), 283-299.
9. Darr, K. *Ethics in health services management*. (2nd ed.). Ann Arbor, Mich.: Health Professions Press. 2009.
10. Brennan, M., Ennis, M., & Esslemont, D. The ethical standards of New Zealand business managers. *New Zealand Journal of Business*, 2012, 14, 100-124..

11. Dunsire, A. Ethics in governance: the United Kingdom 1979-1990. In R.M.Thomas (Ed.), Teaching ethics: Government ethics, (Vol.1, pp.315-334). Cambridge, U.K.: Centre for Business and Public Sector Ethics.2014

УДК 614.251.2

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ В МЕДИЦИНЕ: НА МАТЕРИАЛЕ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ягунов Павел Робертович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Современная оценка качества оказания медицинской помощи носит мультипараметрический характер, и во многом зависит от субъективного критерия - удовлетворенности ею пациентом. В связи с этим одной из острых тем современной медицинской практики в России являются этические конфликты, которые широко обсуждаются средствами масс-медиа и способствуют росту напряженности во взаимоотношениях между врачами и пациентами [1,2,3]. Среди причин этических и правовых конфликтов отмечаются низкий уровень правовой грамотности врачей, снижение авторитетности врача, псевдоинформированность пациентов через Интернет-ресурсы, недостаточная законодательная база и др. [4,5]. Принято считать, что это исключительно национальные проблемы, давно решенные за рубежом [6].

В этой связи мы провели исследование, **цель** которого продемонстрировать актуальность оценки качества оказания медицинской помощи в целом и эффективности менеджмента в здравоохранении в частности по критериям решения этических проблем в медицинской практике за рубежом.

В своих исследованиях, McNeill, Walters and Webster (2014) определили наиболее распространенные этические проблемы, вызывающие озабоченность в австралийских больницах. Эмпирическую базу данной работы составили результаты опроса руководителей больниц [7]. Опрос выявил наиболее распространенные проблемы, которые обычно вызывали этические конфликты в австралийских больницах (как в государственном, так и в частном секторах), среди которых: проблемы, связанные с летальными исходами пациентов; проблемы автономии пациентов; вопросы распределения ресурсов; трудности общения [8].

В исследованиях Lemieux-Charles, Meslin and Wortley (2013) Исследовательского отдела Университета Торонто по этическим проблемам, показаны наиболее частые проблемы, с которыми сталкиваются менеджеры-клиницисты в решениях о распределении ресурсов [9]. В работе были проанализированы данные опроса врачей, медсестер, социальных работников, физиотерапевтов, фармацевтов, психологов и других медицинских работников в больницах Онтарио, которые взяли на себя управленческую роль помимо их клинических обязанностей. С этой целью был разработан опросный лист, основанный на данных обзора литературы и анализа проведенной фокус-группы по этическим вопросам распределения ресурсов. В результате этой работы было выявлено несколько этических проблем: 1) специалисты-клиницисты не уделяют должного внимания этическим вопросам, не интересуются доступными ресурсами в этом поле; 2) сложность совместного принятия решения этических вопросов; 3) слабые организационные стратегии.

Кроме того, они обнаружили три главных фактора, влияющих на принятие этического решения менеджерами клиники в распределении ресурсов: личные ценности / убеждения, правовые / этические стандарты, общий клинический опыт.

Данное исследование показало, что врачи с большей вероятностью будут подвержены влиянию личных убеждений и клинического опыта; в то время как медсестры и другие медицинские работники были в большей степени подвержены влиянию правовых норм, этических обсуждений с коллегами и политике больниц.

В свою очередь Chown (2010) опросил 200 администраторов здравоохранения, чтобы определить их чувствительность к этическим компонентам своей работы и выявить этические

проблемы, с которыми они фактически сталкивались на практике [10]. Администраторы воспринимали важный этический аспект в своей работе в таких областях, как разработка миссий (79%), принятие решений (75%) и обеспечение качества (75%). В дополнение к своим личным ценностям респонденты сообщили об использовании в поиске этических решений консультаций с коллегами (72%), этических принципов (57%), организационной политики (37%), консультаций с комитетом по этике (22%) и кодекса этики (20%). Они сообщили, что распределение ресурсов и межгрупповых конфликтов являются наиболее распространенными этическими проблемами, с которыми столкнулись в течение последних двух лет. зарубежные исследователи соглашаются во мнении, что, несмотря на опубликованные эмпирические исследования по деловой и управленческой этике, она по-прежнему остается областью, которая не совсем понятна [11,12].

Таким образом, проведенный обзор зарубежной литературы в рассматриваемом проблемном поле показал, что этические проблемы в медицине являются актуальными и для медицинской практики за рубежом. В то же время, необходимо отметить, что специфической особенностью зарубежного менеджмента в здравоохранении является оценка его эффективности по критериям решения этических вопросов, что, безусловно, заслуживает внимания. В то же время, учитывая, что целый ряд этико-ассоциированных проблем носят международный характер, представляется возможным использовать зарубежный опыт решения этических проблем с учетом адаптации его к российским реалиям. В этом контексте большую роль играют этические комитеты, профессиональные ассоциации врачей, а также привитие навыков принятия этических решений в рамках образовательных программ профессионального образования медицинских специалистов [13].

Список литературы

1. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. - 2015. - № 1(15). - С.58-60.
2. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. - № 2(8). - С.26-25.
3. Айвазян Ш.Г. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.35-37.
4. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761..
5. Жолудь Д.С. Биоэтическое содержание «блага» в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.54
6. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. - № 2(10).- 2012.- С.59-62.
7. McNeill, P.M., Walters, J.D., & Webster, I.W. Ethical issues in Australian hospitals. The Medical Journal of Australia, 2014. N160 (17 January), 63-65.
8. Weber, J. Exploring the relationship between personal values and moral reasoning. Human Relations, 2014. N 46(4), 435-463 Lemieux-Charles, L., Meslin, E., & Wortley, J.T. Ethical issues faced by clinician-managers in resource allocation: results of a provincial survey. (Technical Report No. 13). Hospital Management Research Unit, University of Toronto. 2013
9. Доника А.Д., Шипунов Д.А. Человеческое достоинство и права человека (о праздновании международного дня биоэтики в Волгоградском медицинском университете) // Биоэтика. – 2016. - № 2(18). – С.56-57
10. Chown, E. Ethical dimensions of health administration. (Monograph Series). Ottawa: Canadian College of Health Service Executives. 2010.
11. Brennan, M., Ennis, M., & Esslemont, D. (2012). The ethical standards of New Zealand business managers. New Zealand Journal of Business, 14, 100-124.
12. Худякова Д.В. Биоэтика и современная медицинская практика: «благо» и «здоровье» // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.57-58

13. Баракова С.И. Роль этических комитетов в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.51-52.

УДК 614.251.2

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: РОЛЕВОЙ ПОДХОД

Доника Алена Димитриевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Методологические подходы современных исследований менеджмента в здравоохранении определяются их целями и задачами, но в основном носят междисциплинарный характер. В то же время менеджмент в здравоохранении имеет свои специфические черты, тем самым обуславливая необходимость дифференцированного подхода к изучению его эффективности с позиций разных профессиональных групп и профессиональных ролей. В частности, востребованность такого подхода в проблемном поле социологии медицины связана с различиями в ролевых репертуарах менеджера и врача [1].

Одним из критериев эффективности реализации профессиональной роли специалиста в здравоохранении является степень удовлетворенности основного социального актора – пациента. В России пациенты только начинают осваивать роли получателя медицинских услуг, а учитывая феномен постарения нации, по-прежнему тяготеют к патерналистской модели и ориентированы на нравственные ценности. В связи с этим сохраняет свою актуальность этическая оценка профессиональной деятельности [2]. Несмотря на то, что за рубежом отношения в медицине давно клиент-ориентированы, этическая оценка также играет большую роль в социологических и маркетинговых исследованиях. С этой целью применяются различные методы, разработанные в области психологии для прикладных исследований. Однако в последнее время больше применяется другой подход, основанный на клинической психологии и в настоящее время широко используемый в организационной психологии - методика ретрансляционного сеттинга.

Представляет интерес, как эта методика была применена в исследовании восприятия «этичных и неэтичных» - врачей и менеджеров в лечебных учреждениях Канады [3]. Согласно полученным результатам врачи воспринимали неэтичных врачей с главным образом по отсутствию ряда «положительных» признаков. Они также воспринимали неэтичных менеджеров главным образом отсутствием позитивных конструкций и обладания двумя «пороками» - личной заинтересованностью и финансовой заботой об организации. Были получены четыре конструкции, общие между неэтичными менеджерами и неэтичными врачами, которые не имели финансового контекста, а были обусловлены отсутствием самокритичности и присутствием корыстных взглядов.

Менеджеры воспринимают роль врачей как исключительно способствующих достижению организационных целей, в то время как врачи больше воспринимают свою роль ухода за пациентами (диагностика, лечение).

Конструкции, которые типизируют серьезную этическую дилемму, не отличаются от конструкций, приписываемых этичным и неэтичным коллегам. Не удивительно, что менеджеры выделяют ситуации, которые заставляют их сосредоточиться на организации. Врачи подчеркнули ситуации, которые заставили их сосредоточиться на отдельных пациентах и / или их медицинских исследованиях. В более широком исследовании было установлено, что врачи сталкиваются с дилеммами, которые сосредоточены исключительно на личности, а менеджеры сталкиваются с дилеммами, которые связаны исключительно с общим «благом» организации [4].

В других работах были выявлены тонкие, но потенциально важные различия в восприятии роли врачами и менеджерами, что может привести к несоответствию их взаимных ожиданий [5]. В частности, врачи рассматривали свою роль для оказания помощи пациенту, а

руководители рассматривали роли в основном как экономически эффективные / экономящие ресурсы.

В то же время исследования подтвердили, что существует ряд конструкций, которые менеджеры и врачи используют для оценки этичности. Эти конструкции охватывают вопросы личного характера, мотивации, поведенческого стиля и подхода к решениям. Возможно, что эта приоритизация является отражением характера их воспринимаемой роли и ее важности: для врачей основной целью является пациент и немедленное оказание медицинской помощи; для менеджера основное внимание уделяется организации и ее способности оказывать медицинскую помощь.

Ролевые отличия были выявлены и в отношении этических дилемм и влияния на принятие решений. Оказалось, что для выявления наличия серьезной этической дилеммы врачи чаще выбрали: неопределенность результатов и противоречивые права, тогда как менеджеры выбрали: уровень риска, отсутствие ясности процесса или рекомендаций для обсуждения. Обе группы также отметили внутренние конфликты с личными этическими принципами. Результаты опроса показали, что врачи и менеджеры сталкиваются с различными типами этических дилемм. Врачи чаще всего обращаются к отдельным пациентам, а менеджеры - к интересам организации и общественности в целом.

Таким образом, ролевой подход к изучению менеджмента в здравоохранении позволяет определить дифференцированный подход к оценке эффективности менеджмента и качества оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law. В книге: 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. 2017. С. 99
2. Donika A.D., Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A.
3. Bioethical content of current studies on professiogenesis problems in medicine // Bioethics. - 2016. № 1 (17). С. 34-38.
4. Chown, E. Ethical dimensions of health administration. (Monograph Series). Ottawa: Canadian College of Health Service Executives. 2010.
5. Lemieux-Charles, L., Meslin, E., & Wortley, J.T. Ethical issues faced by clinician-managers in resource allocation: results of a provincial survey. (Technical Report No. 13). Hospital Management Research Unit, University of Toronto. 2013
6. McNeill, P.M., Walters, J.D., & Webster, I.W. Ethical issues in Australian hospitals. The Medical Journal of Australia, 2014. N160 (17 January), 63-65.

15. РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО

УДК 65.012.7

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК РЕСУРС МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Беляева Юлия Михайловна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: д.э.н. Косинова Наталья Николаевна

Важнейшей задачей государства является повышение уровня и качества жизни населения. Обеспечение благосостояния граждан, их прав и свобод, удовлетворение социальных потребностей и интересов, обеспечение достойного качества жизни во многом зависит от обеспеченности объектами социальной инфраструктуры. 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. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года реализована для данных областей, её основной целью является определение путей и способов обеспечения устойчивого повышения благосостояния граждан, национальной безопасности, динамичного развития экономики. Однако для совершенствования концепции необходимо стабильное бюджетное финансирование, поэтому для реализации включаются механизмы государственно-частного партнёрства. [1, С.380-400]

В РФ консолидацией механизмов ГЧП занимается АНО «Национальный центр ГЧП». По данным Центра, в разрезе сфер инфраструктуры социальная сфера занимает второе место (после коммунально-энергетической) по количеству проектов ГЧП и третье место после транспортной по объёму. По состоянию на I квартал 2018 года заключено порядка 300 концессионных соглашений в социальной сфере с общим объемом инвестиций в размере более 200 млрд. рублей.

На сегодняшний день лидирующим сегментом по количеству проектов ГЧП в социальной сфере остается здравоохранение. По экспертным оценкам, потребность системы здравоохранения в инвестициях в основные фонды для устранения существующего износа сегодня составляет порядка 1 триллиона рублей. [2, С.380]

По данным Минздрава России 01.01.2018 г. в субъектах РФ на различных этапах реализации находилось 124 проекта здравоохранения (от стадии подготовки до стадии эксплуатации), в которых инвестор чувствует не только в создании объекта, но и в его последующей эксплуатации. При этом 84 проекта находятся на стадии реализации (из них 10 – на пред инвестиционной стадии, 20 – на инвестиционной стадии, 54 – на эксплуатационной). Средний срок реализации проектов – 16 лет, а общий объем инвестиций в такие проекты превышает 60 млрд. руб., в т.ч. 56 млрд. руб. – объем частных инвестиций. [3]

Важным фактором роста количества инвестиционных проектов в здравоохранении является разработка новых инструментов поддержки проектов. Министерством здравоохранения разработан проект Постановления Правительства Российской Федерации, расширяющий полномочия ведомства и позволяющий Министерству здравоохранения Российской Федерации рассматривать предложения инвесторов о заключении концессионных соглашений и вести с ними переговоры без участия Правительства Российской Федерации. Принятие такого документа позволит сократить срок рассмотрения проектов, реализуемых в порядке частной концессионной инициативы.

В РФ сформирован Координационный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнерству. За четыре года работы Координационный совет зарекомендовал себя как профессиональная экспертная площадка по рассмотрению наиболее значимых вопросов по применению на федеральном и региональном

уровнях механизмов привлечения частных инвестиций в инфраструктуру здравоохранения. В качестве ключевых направлений деятельности Координационного совета определены такие функции, как рассмотрение предложений по разработке механизмов ГЧП в сфере здравоохранения и совершенствованию нормативно-правовой базы, а также подготовка и мониторинг инвестиционных проектов в этом секторе.

Стоит отметить, что в Российской Федерации существует практика проведения Министерством здравоохранения ежегодного Всероссийского конкурса «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении». В 2017 году победителями конкурса стали:

- в номинации «Лучший инфраструктурный проект на принципах ГЧП в здравоохранении» - проект «Строительство многофункционального госпиталя в г. Самара» (Самарская область);
- в номинации «Лучший субъект Российской Федерации по уровню развития государственно-частного взаимодействия в здравоохранении» - Республика Татарстан.

Одним из крупнейших федеральных проектов в здравоохранении в Российской Федерации по объему частных инвестиций (2,4 млрд. руб. – 100% всего объема капитальных затрат по объекту) является концессионный проект «Реконструкция Центра микрохирургии глаза в г. Екатеринбурге». Данный проект стал лауреатом Национальной премии в сфере инфраструктуры «РОСИНФРА – 2017». [4]

Таким образом стоит отметить, что в последние годы, в том числе благодаря частным инициативам, качественные и количественные показатели в сфере медицины демонстрируют относительно уверенный рост, при том, что финансирование отрасли со стороны государства имеет тенденцию к снижению. В условиях ограниченности государственных ресурсов, механизм государственно-частного партнерства является одним из главных альтернативных инструментов, применение которого может обеспечить необходимую финансовую базу для создания, модернизации и эксплуатации социально-значимых объектов.

Список литературы

1. Аджиенко В.Л., Косинова Н.Н. Стратегический анализ института государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения. Журнал «Фармация и фармакология» №4, 2017. - С. 380-400.
2. Инвестиции в инфраструктуру: 2016, 2017, 2018. Сборник аналитики InfraONE. – М.: Альпина Паблишер, 2018. – С. 378.
3. Официальный сайт «Платформа поддержки инфраструктурных проектов» // Электронный ресурс / <http://www.pppi.ru/>
4. Официальный сайт «Национальный центр государственно-частного партнерства в РФ» // Электронный ресурс / <http://pppcenter.ru/>

УДК 614.21:33:301

ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ: ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ

*Кондратьев Геннадий Владимирович,
Деларю Владимир Владимирович*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

16 декабря 1938г. на базе Первой коммунальной больницы (Максимилиановской) и трёх её поликлиник было создано Первое платное лечебное объединение, в 1948г. переименованное в Лечебное объединение платной сети Ленгорздравотдела [1]. Однако платные медицинские услуги, не говоря уже о частных («негосударственных») медицинских учреждениях (ЧМУ), стали реальным атрибутом отечественного здравоохранения только в конце 1980-х годов вследствие кардинальных изменений в стране, фактически, призвавших медицинские учреждения стать частью рыночной экономики (так называемая «трансформация здравоохранения из непроизводственной сферы в производственную»).

Предтечей ЧМУ в современной России можно считать появившиеся в последнем десятилетии XX века многочисленные «медико-оздоровительные» кооперативы, предлагавшие соответствующие услуги. В контексте различных врачебных специальностей данный процесс в рамках хотя бы относительного соответствия существующему на тот момент правовому полю протекал неравномерно, получив, в первую очередь, «признание» в функциональной / лабораторной диагностике, психотерапии, стоматологии [2-5], а также консультировании практически по всем направлениям.

В тоже время всё более четким и неоспариваемым трендом последних 5-10-ти лет становится не только институционализация платных медицинских услуг с расширением круга медицинских специальностей и перечня оказываемых услуг; но и деятельность постоянно увеличивающегося количества ЧМУ; данный сектор всё больше рассматривается как имеющее прекрасное будущее государственно-частное партнёрство вплоть до того, что положительные перспективы отечественного здравоохранения детерминируются развитием добровольного медицинского страхования (по сути дела, это ориентация на рыночную, частную систему здравоохранения, наиболее типичным примером которой является США и которая в настоящее время не может быть объективно реализована в России вследствие специфики социально-экономической и ментальной ситуации). Завуалировано, данный подход находит отражение и у руководства страны, планирующего, что при обязательном минимуме бесплатных услуг, остальное должно софинансироваться за счет частного капитала [6].

Всё увеличивающееся количество ЧМУ объективно свидетельствует как о реальном признании населением данного социального явления, так и о желании медицинских работников (в частности, врачей) работать в соответствующих структурах. Однако при этом остаётся малоисследованным вопрос об отношении врачебного сообщества к ЧМУ. Представляется, что особого внимания заслуживает мнение о различных ЧМУ тех врачей, чьи специальности являются профильными в соответствующих учреждениях.

В этой связи было проведено анкетирование 45 врачей-неонатологов об их отношении к частным родильным домам (исследование проводилось в Волгограде до открытия в августе 2018г. перинатальной клиники сети «Мать и дитя»). По мнению 8,9% специалистов появление частных родильных домов - безусловно положительное явление; 44,4% считали, что скорее положительное, чем отрицательное явление; 15,6% - скорее отрицательное, чем положительное; 6,7% - что безусловно отрицательное явление и 24,4% затруднились ответить. Фактически, позитивное отношение было у каждого второго врача, негативное – у каждого пятого и каждый четвертый не определился по данному вопросу.

Таким образом, несмотря на получающее всё больше признание ЧМУ и желание работать в них, у медицинского сообщества (в частности, у врачей-неонатологов) нет однозначного отношения к данному социальному явлению, хотя позитивные оценки встречаются всё же чаще.

Список литературы

11. Платная медицинская помощь: проблемы, поиски, решения / Под ред. А.Е. Архангельского. - СПб, 2003. - 150 с.
12. Деларю В.В. Вопросы психиатрии, наркологии и неврологии в диссертационных исследованиях по социологии медицины // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 2013. - № 3. - С.78-80.
13. Деларю В.В., Клаучек С.В., Гонжал И.В. Анализ работы психотерапевта в медицинском кооперативе // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1993. - Т.93, №.6. - С.89-90.
14. Деларю Н.В., Прочная Е.Л. Педиатры и родители о проблемах амбулаторного немедикаментозного лечения детей раннего возраста // Детская и подростковая реабилитация. - 2010. - № 1 (14). - С.18-21.
15. Мажаренко В.А., Нецепляев Д.А. Государственные и негосударственные лечебные организации: выбор горожан // Социология города. – 2010. - № 4. – С.42-46.

УДК 614.2:33

МОДЕЛИ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Крец Александра Вячеславовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры экономики
и менеджмента ВолгГМУ Елена Николаевна Кукина

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – один из способов развития общественной инфраструктуры, основанный на долгосрочном взаимодействии государства и бизнеса, при котором частная сторона участвует не только в проектировании, финансировании, строительстве или реконструкции объекта инфраструктуры, но и в его последующей эксплуатации (предоставление услуг на созданном объекте) и (или) техническом обслуживании [2].

Целью ГЧП является привлечение частных инвестиций в производство услуг, работ и потребительских товаров, а также сокращение участия государства в экономическом обороте, когда те же задачи могут быть эффективней выполнены бизнесом.

В настоящее время ГЧП широко распространяется на территории Российской Федерации. Начинают реализовываться проекты в сфере здравоохранения, которым необходимы частные инвестиции.

В здравоохранении ГЧП обнаруживает значительный потенциал. ГЧП способствует повышению качества обслуживания пациентов и доступности дорогостоящих видов лечения, модернизации системы информирования, повышению уровня квалификации медицинского персонала.

Реализация механизмов ГЧП предполагает осуществление долгосрочных проектов в социальной сфере и снижение входных требований для частных инвесторов. Это также позволит усовершенствовать законодательство в области закупок новых технологий в биомедицине, усилить инновационную направленность системы закупок в целом, а также увеличить эффективность вложения средств и использования ресурсов и управления [1].

Практика реализации таких проектов привела к образованию ключевых моделей партнерства, перспективных для российского здравоохранения:

1. Осуществление частными партнерами работы по реконструкции государственных медицинских организаций, а также получение права эксплуатировать и обслуживать инфраструктуру данных учреждений в течение срока, окупающего их финансовые вложения. Государству данная модель выгодна в случае отсутствия достаточных ресурсов для самостоятельной реконструкции медицинского объекта. Вариация данной модели предполагает доленое финансирование со стороны государства и бизнеса, при котором на начальном этапе частный партнер осуществляет 100% вложений, а после ввода объекта в эксплуатацию государство на протяжении нескольких лет возмещает часть первоначальных затрат. Возведение нового учреждения должно решать актуальные проблемы региона в здравоохранении за счет возможности оказания дефицитных медицинских услуг.

2. Государство строит медицинскую организацию за свой счет, а затем передает ее частному партнеру в доверительное управление с правом выкупа. Выбор данной модели взаимодействия может быть обусловлен отсутствием инвестора на начальном этапе строительства, а также необходимостью оперативного решения этого вопроса, а также невозможностью обеспечить эксплуатацию медицинской организации и оказание услуг без участия частного партнера.

3. Строительство медицинской организации осуществляется частным партнером в соответствии с заданием государства, а по завершении строительства инфраструктура передается партнеру, который получает право на оказание медицинских услуг и управление

медицинской организацией. При этом получаемая прибыль покрывает затраты и обеспечивает требуемый уровень рентабельности инвестиций с учетом рисков. Преимуществом такой модели является то, что и за оказание платных медицинских услуг, и за оказание услуг в системе ОМС платит государство. При этом каждая из приведенных моделей требует установления показателей для мониторинга и контроля за действиями частного партнера [2].

Ключевые меры государственной политики в сфере оказания медицинских услуг сосредоточены на создании саморегулируемой модели, развитие которой будет происходить в условиях интенсивного взаимодействия государственного и частного секторов. Внедрение механизмов ГЧП на национальном уровне позволит ускорить развитие рынка медицинских услуг, а также будет способствовать формированию эффективной конкурентной среды, оптимизации управления финансовыми ресурсами, повышению качества и увеличению числа оказываемых услуг. [2]

Список литературы

1. Журнал Стратегия – ГЧП в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / Журнал Стратегия, 26 ноября 2013. - Режим доступа: <http://strategyjournal.ru/news/ekonomika-i-biznes/gchp-v-sfere-zdravoohraneniya/> [Дата обращения: 30 октября 2018].
2. Рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства. Лучшие практики. [Электронный ресурс] / Министерство экономического развития Российской Федерации, М., 2016. - Режим доступа: <file:///C:/Users/123/Desktop/проект/metodicrecommend.pdf>

УДК 61

КОНЦЕНТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ЕЕ СВЯЗЬ СО СТРУКТУРОЙ РЫНКА

Назарова Алена Александровна

Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент Евстратов Александр Владимирович

Рынок фармацевтической продукции выступает одним из важнейших секторов экономики любой страны, уровень его развития характеризует степень развитости системы здравоохранения, которая, в свою очередь, обеспечивает высокий уровень занятости и качество жизни населения. Лекарство или лекарственный препарат представляет собой предмет первой необходимости в жизни человека. Из этого следует, что спрос на лекарственную продукцию всегда был, есть и будет.

На данный момент, одной из основных проблем российского рынка лекарственных средств является высокая доля импортных препаратов (9 из 10 компаний-лидеров фармрынка - зарубежные) [2]. Какова же степень влияния иностранных производителей на отечественный фармацевтический рынок? Рыночная концентрация - та самая система показателей, выявляющих относительную величину сосредоточения рыночной власти у определенного числа хозяйствующих субъектов.

Исходя из вышесказанного, представляется необходимым изучить статистические данные о рынке лекарственных средств и на их основе рассчитать показатели, характеризующие концентрацию данного рынка.

1. Количество и размер участников рынка лекарственных средств

Как уже было отмечено, на российском фармрынке имеется 10 крупнейших компаний. Их совокупный объем продаж по состоянию на 2018 год составляет 33,9%. Рыночная доля каждой из компаний представлена на рисунке 1.

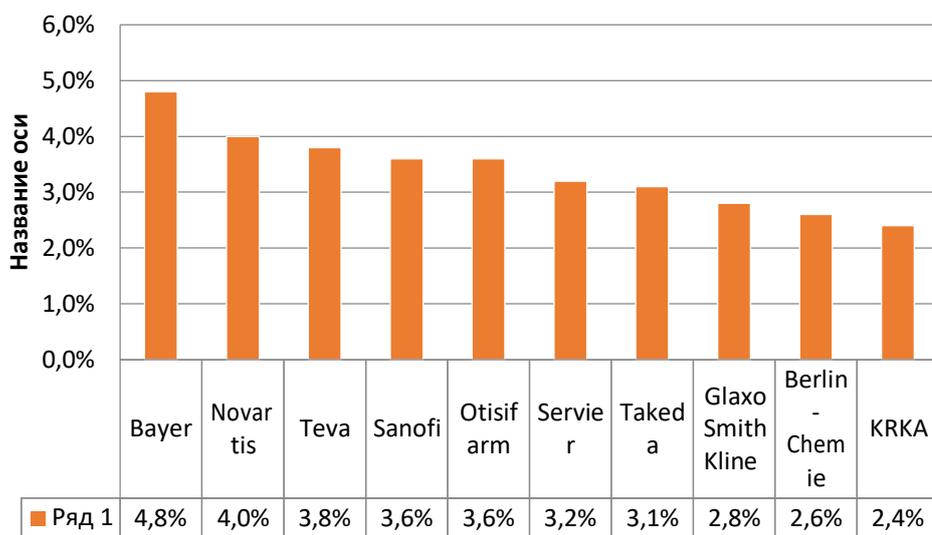


Рис. 1 - Доли фармацевтических компаний на рынке лекарственных препаратов в России на 2018 год. [2]

Как видно из рисунка, тройку лидеров открывает компания «Bayer», ее рыночная доля на российском рынке составляет 4,8%. «Bayer» - немецкая химическая и фармацевтическая компания, входящая в десятку лучших по объему продаж. [4]

Швейцарская фармацевтическая корпорация «Novartis», занявшая второе место, образовалась в результате слияния двух компаний - «Sandoz» и «Ciba-Geigy». Она имеет три главных направления: фармацевтическое «Novartis Pharmaceuticals», офтальмологическое «Alcon» и производство дженериков «Sandoz».

Третья по объему продаж израильская компания «Teva» на российском рынке находится с 1995 года. В декабре 2008 года в состав группы компаний «Teva» вошла компания «Pliva», а в 2010 году - компания «Ratiopharm».

Единственный отечественный производитель - компания «Отисифарм» (раннее «Фармстандарт» до 2013 г.) поделила четвертое место с французской фармацевтической компанией «Sanofi» (до 2011 г. «Sanofi-Aventis»), также состоящей в Top-10 по объемам продаж в 2018 году.

Таким образом, представленные данные помогают сделать вывод, что российский фармацевтический рынок с единственной крупной отечественной компанией имеет тенденцию импортоориентированности.

2. Концентрации участников рынка лекарственных средств

Показатели концентрации основаны на сопоставлении размера фирмы с размером рынка, на котором она действует. Чем больше размер фирм по сравнению с масштабом всего рынка, тем выше концентрация производителей (продавцов) на этом рынке. На сегодняшний день в экономике для анализа рынка используется несколько показателей рыночной концентрации. [3]

1) Абсолютный уровень концентрации: $1/n$, где n - количество фирм в отрасли; $1/95 = 0,0105$

2) Индекс концентрации характеризует долю нескольких крупнейших фирм в общем объеме рынка в процентах. Определяется как сумма рыночных долей крупнейших фирм, действующих на рынке.

$$CR_k = \sum S_i$$

$$CR_4 = 16,2$$

Так как $CR_4 \leq 45$, значит рынок можно считать низкоконцентрированным, ситуация на рынке - монополистическая конкуренция. Данный индекс не дает точную информацию о потенциале рыночной власти фирм, так как не дает возможность увидеть распределение долей

внутри группы крупных фирм. Наиболее полную информацию о распределении рынка между фирмами нам может дать расчет других показателей концентрации.[1]

3) Индекс Херфиндаля-Хиршмана определяется как сумма квадратов долей всех субъектов рынка:

$$HHI = 4,8^2 + 4^2 + 3,8^2 + 3,6^2 + 3,6^2 + 3,2^2 + 3,1^2 + 2,8^2 + 2,6^2 + 2,4^2 = 23,04 + 16 + 14,44 + 12,96 + 12,96 + 10,24 + 9,61 + 7,84 + 6,76 + 5,76 = 119,61$$

Так как в данном случае значение составляет 119,61, то его относим к условию $HHI \leq 1000$, это, опять же, говорит о слабо концентрированном рынке. Чем ниже индекс, тем сильнее конкуренция на рынке, меньше концентрация и слабее рыночная власть фирм.[1]

4) Индекс Холла-Тайдмана (Розенблюта) рассчитывается на основе сопоставления рангов фирм на рынке и их рыночных долей. При расчете самая крупная фирма имеет ранг 1, вторая по размеру имеет ранг 2 и т.д. В нашем случае лидером является компания «Вауег» с рыночной долей в 4,8%, ей присваивается ранг 1.

$$HT = \frac{1}{2 * (\sum_{i=1}^n R_i * y_i) - 1}$$
$$HT = \frac{1}{2 * (1 * 0,048 + 2 * 0,04 + 3 * 0,038 + 4 * 0,036 + 5 * 0,036 + 6 * 0,032 + 7 * 0,031 + 8 * 0,028 + 9 * 0,026 + 10 * 0,024) - 1} = 0,299$$

Максимальное значение индекса - 1, минимальное $1/n$, где n - число предприятий в отрасли. Достоинством коэффициента Холла-Тайдмана является возможность учета соотношения размеров предприятий - крупных продавцов. [1] Чем меньше значение индекса Холла-Тайдмана, тем менее монополизированным является рассматриваемый рынок. Полученный показатель, равный 0.299, говорит о все той же низкой концентрации, позволяя сделать вывод о слабой рыночной власти фирм.

3. Монополистическая конкуренция на рынке лекарственных средств.

Результаты расчетов уровня концентрации дают возможность предварительно определить тип рыночной структуры, дав оценку степени монополизации рынка. В случае российской фармацевтики можно сделать вывод, что данный рынок относится к типу монополистической конкуренции.

Список литературы

1. Федорова А.Ю., Экономика отраслевых рынков: уч.пособие, 2-е издание, измененное и дополненное / А.Ю. Федорова; под ред. проф. С.Б. Смирнова. – СПб: Университет ИТМО, 2016. – 89 с.

2. Евстратов, А.В. Анализ структуры рынка производителей лекарственных средств на фармацевтическом рынке Российской Федерации / А.В. Евстратов, О.Н. Пушкарев // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2018. – № 6 (216). – С. 67-73.

3. Количественная оценка конкурентных позиций фирмы на рынке. [Электронный ресурс]: - Режим доступа: <http://management-rus.ru/management/ocenka-posicii.php>. (дата обращения: 27. 10. 18).

4. Новости GMP. [Электронный ресурс]: - Режим доступа: <https://gmpnews.ru/2017/12/tendencii-razvitiya-farmaceuticheskoj-industrii-v-2018-godu/>. - Тенденции развития фармацевтической индустрии в 2018 году. - 22.12.2017 (дата обращения: 26. 10. 18).

5. Евстратов, А.В. Основные тенденции и перспективы развития фармацевтического рынка в Российской Федерации: монография / А.В. Евстратов; ВолгГТУ. – Волгоград, 2018. – 192 с.

ЦЕНОВАЯ ПОЛИТИКА КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

Казачкова Каролина Игоревна, Бадмаева Кермен Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Шестакова Ирина Валерьевна

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на сегодняшний день в мире проблемы со зрением испытывают около 285 миллионов человек. Как считают эксперты, основными причинами ухудшения зрения являются нарушения рефракции (43 %), катаракта (33 %), а также глаукома (2 %). За последние двадцать лет случаи ухудшения зрения у людей в результате инфекционных заболеваний существенно сократились. Как уверяют специалисты в 80 % случаев глазные заболевания можно вылечить или же предотвратить, в том числе, с помощью контактной оптики.

На сегодняшний день линзы набирают популярность: по сравнению с очками они обеспечивают своих обладателей большой мобильностью, активностью и независимостью. Стоимость контактных линз может зависеть от известности бренда и производителя, срока ношения, материала, из которого изготовлены линзы, вида линз и т.д.

Целью нашего исследования является определение ценовой политики ведущих салонов оптики нашего города.

В исследование были включены такие сети магазинов оптики нашего города как «Мир Оптике», «Дом оптики», «Smart vision», а также наше собственное исследование, целью которого было выявление процента людей, пользующихся контактными линзами.

Согласно данным нашего исследования, проводимого в кругах ВолгГМУ, было выявлено, что средний возраст покупателя средств контактной коррекции составляет от 18 до 25 лет. Женщины чаще мужчин покупают линзы (71 %).

По статистике молодые люди до 35 лет в 90% случаев предпочитают линзы очкам. Это может объясняться тем, что они хотят вести активный образ жизни, заниматься спортом, путешествовать, чтобы проблемы со зрением не были для них преградой. В сравнении с очками, контактные линзы никак не ограничивают человека в мобильности и дарят чувство уверенности и свободы.

Список литературы

1.[Электронный ресурс]. URL: <http://www.euro.who.int/ru/home>

МЕХАНИЗМ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Мочалова Наталья Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.э.н. Косинова Наталья Николаевна

В этой статье приведен анализ состояния системы здравоохранения Российской Федерации. Так как в настоящее время существует недофинансирование отрасли из государственных источников, то необходимо участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в рамках государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Также были проанализированы факторы, которые сдерживают, «тормозят» заинтересованность частных медицинских организаций в реализации программы ОМС. Обозначены стимулирующие аспекты повышения заинтересованности и вовлеченности частных медицинских компаний в реализации программы ОМС.

Главные задачи государственной власти на дальнейшее будущее состоят в нахождении баланса между доходами и расходами, а также укреплении обороны, что обуславливает экономию на социальных сферах.

Расходы государственного бюджета на здравоохранение в 2017 г. по сравнению с 2016 г. сократились на 59 млрд р. и составили 447 млрд р. против 506 млрд в 2016 г. В соответствии с Федеральным законом от 05.12.2017г. № 362-ФЗ «О федеральном бюджете на 2018 и плановый период 2019-2020 годов», в 2018 г. расходы на здравоохранение составят около 460 млрд р., в 2019 г. - 428 млрд р [4].

Поэтому в ситуации реального сокращения финансовых возможностей государственного сектора, высокого физического и морального износа большей части основных фондов сферы здравоохранения, недостаточной обеспеченности современными объектами здравоохранения многих российских регионов требует совершенствования механизма инвестирования в развитие инфраструктуры здравоохранения. Возможности для этого в значительной степени связаны с активизацией государственно-частного партнерства.

ГЧП в сфере здравоохранения – это взаимовыгодное сотрудничество органов государственной власти, органов местного самоуправления, частных и некоммерческих организаций, позволяющее обеспечить эффективное выполнение задач публично-правовых образований в сфере здравоохранения путем привлечения частных ресурсов для создания, реконструкции, управления содержания инфраструктуры здравоохранения или предоставления услуг [1].

Государство не меньше физических лиц заинтересовано в привлечении средств в отрасль здравоохранения, реализации крупных коммерческих проектов и, следовательно, в процветании экономической сферы [5]. Рынок платных медицинских услуг в Российской Федерации постоянно растёт с 2002 г., но развитие данного сегмента сдерживается тем, что больший процент населения нашей страны не привык к платной медицинской помощи и отдает предпочтение оказанию бесплатных медицинских услуг. Это объясняется как менталитетом, так и низкой платежной способностью. В результате, необходимость обеспечения качества и доступности медицинской помощи приводит к поиску наиболее эффективных и рациональных форм предоставления медицинской помощи на всей территории России, прежде всего в рамках совершенствования системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Но оплата медицинских услуг по программе ОМС в настоящее время не играет значительной роли в доходах большинства частных медицинских организаций. В структуре доходов частных медицинских учреждений большую часть занимают прямые платежи от пациентов (86,0 %), оплата услуг в рамках ДМС составляет 9,7 %, оплата услуг в рамках ОМС - 1,3 %. Остальные источники доходов, связанные с реализацией различных государственных программ, а также пожертвований, составляют 3,0 % [2].

Приведем факторы, которые сдерживают участие частных медицинских организаций в реализации программы ОМС.

Основным затруднительным аспектом при реализации концессионных соглашений в сфере оказания медицинских услуг в системе ОМС связана с низкой величиной тарифов. В большинстве случаев тарифы не дают покрытие капитальных затрат инвестора на строительство или реконструкцию помещений и приобретение оборудования, что приводит к снижению заинтересованности представителей частного бизнеса в участии в данных проектах. Помимо этого, за счет средств ОМС не полагается приобретение медицинского оборудования, стоимость которых более ста тысяч рублей за единицу, что особенно затрудняет оказание высокотехнологичной помощи гражданам, для которой необходимо использование дорогостоящего и современного оборудования.

Для привлечения большего числа частных медицинских компаний к работе в системе ОМС необходимо пересмотреть структуру тарифа оказания медицинской помощи при помощи включения инвестиционной составляющей для проектов, реализуемых на условиях соглашений о ГЧП. Помимо этого следует предусмотреть возможность приобретения

медицинского оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу за счет средств ОМС.

Еще одним фактором, сдерживающим участие частных медицинских организаций в программе ОМС, является заключение договора сроком на один год по оказанию медицинской помощи в рамках программы ОМС. Чтобы стимулировать участие частных медицинских организаций в реализации программы ОМС следует увеличить срок действия данного договора на законодательном уровне до трех лет, а в случае создания частным инвестором нового объекта инфраструктуры здравоохранения для оказания услуг в рамках программы ОМС - до пяти лет. Данное изменение позволит снизить риск неполучения заказа на период окупаемости инвестиций на оказание медицинских услуг по программе ОМС [3].

Анализ, который мы провели, показал, что основополагающую роль в российской системе здравоохранения играют бесплатные медицинские услуги для населения, оказываемые в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В настоящее время все больше обсуждается необходимость интеграции представителей частного сектора в систему ОМС. Основной трудностью становления государственно-частного партнерства в области здравоохранения является недостаточность законодательно-правового закрепления данного вида отношений, отсутствие четкого понимания процедуры государственно-частного партнерства.

Список литературы

1. Косинова Н.Н. Институциональные аспекты государственно-частного партнерства в реализации стратегии регионов // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем: сборник научных работ II Международной научно-практической конференции (г. Ставрополь, 20–21 апреля 2016 г.) / Ставрополь: Секвойя. С. 64–71.

2. Развитие рынка частных медицинских услуг в России: проблемы, тенденции, перспективы [Электронный ресурс] // РБК RESEARCH. - URL: <http://conference.apcmed.ru/download/>

3. Сизова Е.С. Развитие инфраструктуры здравоохранения и качества услуг с использованием механизма государственно-частного партнерства: дис. ... канд. экон. наук. - М., 2016. - 179 с.

4. Федеральный закон "О федеральном бюджете на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов" от 05.12.2017 N 362-ФЗ.

5. Шубин А.Г. Анализ предпосылок и рисков инвестирования в медицинский бизнес на примере Саратовской области // III национальный конгресс частных медицинских организаций «Формирование благоприятного делового климата и повышение безопасности медицинских услуг. - М., 2015.

УДК 338.46

РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТА ГЧП В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Герасименко Ольга Александровна

Россия, Белгородский государственный национальный
исследовательский университет

Общемировая тенденция вхождения частных капиталовложений в систему здравоохранения является на текущее время положительной. Необходимостью этого процесса являются обозначенные основания:

- применение инновационных методов лечения;
- технологическое оснащение клиник;
- улучшение качества оказания медицинской помощи;
- формирование новой институциональной структуры сферы здравоохранения.

Инструментом для практической реализации обозначенных проблем является применение государственно-частного партнерства (ГЧП), который способствует не только

решение региональных социально-экономических задач, но и: улучшение качества обслуживания пациентов, доступность дорогостоящих видов лечения, совершенствование системы информации, наращивание квалификации медицинского персонала.

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года официально зафиксирована задача, направленная на устранение в конкурентной борьбе между государственными и частными поставщиками медицинских услуг. Но в РФ практически отсутствуют законодательные основы обеспечения этого вида конкуренции.

В 24 регионах, по данным Министерства здравоохранения РФ, активно применяются формы ГЧП в рамках инфраструктурных проектов: центры врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты, центры семейной медицины и др.

Положительная практика региональных проектов наблюдается в г. Москва, республиках Татарстан, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, в Новосибирской, Волгоградской, Белгородской, Нижегородской, Самарской, Вологодской, Новосибирской, Калужской, Свердловской, Липецкой, Рязанской, Ростовской областях, Ставропольском крае.

Реализация инфраструктурных проектов ГЧП имеет следующие модели взаимодействия:

- ведение организационно-хозяйственной деятельности с позиции бизнеса в течение определенного периода;
- эксплуатация частными инвесторами объектов инфраструктуры;
- создание новых объектов с применением формы долевого финансирования.

Насущной сферой использования ГЧП является система обязательного медицинского страхования. Суть состоит в применении и внедрении в практику частичного зачета средств по полису обязательного медицинского страхования в случае лечения в частной клинике, что будет способствовать не только интеграции частного партнера в систему оказания медицинской помощи, но и развитию добровольного медицинского страхования, совершенствованию системы налогообложения прибыли бизнеса и медицинских организаций.

Формой применения ГЧП в системе здравоохранения является аренда с инвестиционными обязательствами. Суть состоит в следующем алгоритме: находящее в собственности муниципальных образований имущество, передается в собственность организациям, осуществляющим медицинскую помощь на безвозмездной основе на основании положений п. 6 ч. 1. ст. 17.1 федерального закона от 26.07.2006 №135-ФЗ «О защите конкуренции», целью которого является повышение доступности оказания медицинской помощи в муниципальных образованиях отдаленных территориально.

Таблица 1. Реестр ГЧП-проектов, реализуемых в системе здравоохранения на территории Белгородской области

Наименование	Дата подписания проекта	Срок реализации проекта, лет	Публичный партнер	Частный партнер	Общий объем инвестиций в реализацию проекта, тыс. руб.
Создание медицинского центра, специализирующегося на оказании высокотехнологической медицинской помощи	10.02.2016	30	Администрация Старооскольского городского округа	ООО «Клиника сердца»	201900

помощи в области сердечно-сосудистой хирургии на территории Старооскольского городского округа					
Создание онкорadiологического комплекса на базе ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»	26.01.2015	4	Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области	ООО «ПЭТ-Технолоджи»	335 000
Создание проекта здравоохранения (поликлиника)	14.02.2017	5	Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области	ООО «Медицинская инвестиционная группа»	50 000

В рамках проекта по созданию медицинского центра, специализирующегося на оказании высокотехнологической медицинской помощи в области сердечно-сосудистой хирургии на территории Старооскольского городского округа предусмотрено на базе МБУЗ «Городская больница №1» (имеются неиспользуемые площади) реализуется строительство модернизированного современного медицинского центра.

Именно в этом городском округе сложились предпосылки для строительства этого центра, а именно: анализ текущей ситуации по оказанию медицинской помощи населению, которые имеют заболевания системы кровообращения, показатели смертности от этой болезни.

Инвестиции предоставит ООО «Клиника сердца», проект будет иметь следующие социально-экономические эффекты:

- оказание на безвозмездной основе отдельных видов помощи населению;
- увеличение охвата оказания медицинской помощи населения и его доступность;
- улучшение качества жизни населения не только Старооскольского городского округа, но и качества жизни населения в целом региона.

Список литературы

1. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: от 13 июля 2015 г. №224-ФЗ.

2. О защите конкуренции: Федеральный закон Российской Федерации от 26.07.2006 N 135-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «с изм. и доп., вступ. в силу с 19.08.2018)

3. Тхориков Б.А. Проблемы целеполагания в системе государственного управления социальной сферой // Историческая и социально-образовательная мысль. - 2016. - Т. 8. - № 1-2. - С. 164-166.

4. 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.

МЕДИЦИНСКИЕ ХАЛАТЫ. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА И АНАЛИЗ РЫНКА ПРОДАЖ Г. ВОЛГОГРАДА

*Волкова Ксения Николаевна, Коваленко Дарья Александровна,
Потовина Софья Владимировна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента
Шестакова Ирина Валерьевна

Медицинский халат – это один из главных и неотъемлемых атрибутов врача, с которым всегда и ассоциируется данная профессия. Для чего же он нужен? В первую очередь, он необходим для защиты пациента от различных загрязнений или болезнетворных бактерий, которые врач может принести на своей одежде. Но, помимо этого, халат подчёркивает авторитетность и статусность врачей. Английскими учёными было выяснено, что врач, одетый в спецодежду, вызывает у пациента больше доверия, нежели врач без халата.

В наше время купить медицинский халат не составляет особой проблемы. В Волгограде имеется огромное количество магазинов спецодежды, которые предлагают широкий ассортимент белых халатов различной стоимости и вариативного дизайна. Так какой же из пунктов продажи выбрать?

В основе ответа на данный вопрос лежат результаты проведённого нами опроса среди студентов разных курсов и факультетов нашего Волгоградского медицинского университета, а также проведённый нами анализ нескольких самых популярных торговых точек. Рассматривать магазины мы будем по выбранным нами критериям: цена, качество, транспортная доступность, и, конечно же, выбор самих студентов.

Цена: средняя стоимость халатов по всем торговым точкам варьируется от 800 – 1200 рублей. Магазины с самыми дорогими халатами стали: "Med. Style" и "Elit". Преобладающая часть ассортимента в них дороже 1000 рублей. Магазином же с самыми недорогими халатами стал «Блок-Пост». В нём ценовой диапазон колеблется от 400 – 800 рублей.

Качество: качество преобладающего большинства халатов на хорошем уровне. Такого же мнения придерживаются и 90% опрошенных. Остальные 10% пожаловались на торчащие нитки и некачественные молнии/пуговицы/клёпки. Это халаты магазинов «Elit», «Восток – сервис». Также недовольными осталось несколько человек, заказавших халат через интернет. А вот владельцы медицинских халатов, сшитых в ателье, наоборот, отмечают качество продукта.

Транспортная доступность: в результате опроса нами было выяснено, что немало важным критерием в подборе магазина для покупки халата является также и удобное его расположение. Имеют преимущество в данном аспекте две точки продажи - "Elit" и "Блок-Пост". Именно эти магазины являются сетями, которые имеют пункты в нескольких районах Волгограда. К тому же, добраться до них довольно легко: главные отделы расположены в центре города, где как раз и сосредоточены основные потоки общественного транспорта.

Выбор студентов: основная масса участников опроса отдала предпочтение магазину спецодежды «Elit». Около 45% студентов выбрали этот магазин благодаря рекомендациям и советам. Вторым по популярности является пункт продажи «Блок-Пост». Третье место поделили сеть аптек «Волгофарм», в которых помимо лекарственных препаратов также продаются медицинские халаты, и Рынок ТЗР.

Таким образом, на основе проведённых нами сравнительного анализа и социального опроса студентов, можно заключить, что магазином с самым качественным и широким ассортиментом, а также удобным расположением и приемлемыми ценами является магазин спецодежды «Elit».

16. ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 004:005:615.1

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО – АНАЛИТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В УПРАВЛЕНИИ БИЗНЕСОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ

Легенькова Надежда Михайловна, Сасин Александр Николаевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Конкурентоспособность в информационный век является главным условием успешного развития любой компании и поэтому, в данный момент, информационное обеспечение, которое включает в себя средства, технологии и методы сбора, накопления, обработки и выдачи информации является стратегическим ресурсом любой организации.

В управлении бизнесом фармацевтической компании информационно-аналитическое обеспечение позволяет наиболее полно использовать ресурсы компании, помогает принимать решения и повышать конкурентоспособность компании с помощью дополнительных сведений об отклонениях от плановых показателей, а также пополняет потенциал технических решений и знаний новыми научными законами, новинками и изобретениями [1].

Ведущие фармацевтические компании в настоящее время несут огромные затраты на информационные технологии, позволяющие не только сократить время на управление и планирование всеми потоками информации о сырье, продуктах, услугах, материалах, но и укрепить и удержать свои позиции на мировом рынке [2]. Электронный документооборот, позволяющий автоматизировать жизненный цикл документов от оформления до архивирования, является современной информационной технологией, помогающей развитию фармацевтического бизнеса. Его достоинством можно считать уменьшение расходов, затрачиваемых на расходные материалы, таких как курьерская доставка, оплата почтовых служб, уменьшение трудозатрат, ксерокопирование материалов. При этом все структуры и отделы компании работают в одном информационном пространстве, обеспечивая безопасность и сохранность документов с помощью шифрования данных и электронных подписей, с целью недопущения утечки информации [2]. При использовании такого типа документооборота снижается вероятность ошибок в обработке документов, которая зависит от квалификации работника, и возрастает производительность сотрудников компании.

Для увеличения производительности за счет полуавтоматических и автоматических линий по производству продукции, с целью контроля качества продукции и недопущения технологических ошибок, зависящих от человеческого фактора, необходимо управление технологией производства. Немало важную роль играет и автоматизация учета и планирования, а также система принятия решений [2].

С целью облегчить процесс планирования, разрабатываются системы принятия решений, помогающие управленческому персоналу принимать стратегические решения. Работа таких систем строится на графическом представлении текущих и прогнозируемых экономических показателей работы компании. Некоторые параметры менеджер может изменять и наглядно видеть изменения показателей работы компании. Всё это помогает ему принимать решения о каких-либо нововведениях. С помощью автоматизированных систем бухгалтерского учета появляются оперативные статистические данные; исключаются ошибки в вычислениях, приводящие к дополнительным затратам времени и денежных средств; повышается качество труда бухгалтеров.

Для широкого применения биомолекулярного моделирования в фармацевтике создают условия вычислительные системы с производительностью уровня петафлоп, позволяющие проводить 1015 операций в секунду. А также быстро развивающаяся технология, представляющая собой гигантскую «виртуальную» систему с огромной вычислительной мощностью - Grid-технологии. Она позволяет в реальном времени проводить скрининг на совпадение ДНК-последовательностей или анализировать данные о продажах и маркетинге. На основе данных ультразвукового исследования, компьютерной томографии или

магниторезонансной томографии проводится биомоделирование, при котором создается очень точная виртуальная или реальная модель необходимой области человеческого организма с целью повышения уровня диагностики, изготовления индивидуального имплантата или протеза, отработки будущей операции и анализа результатов лечения [3]. Прогностическое биомоделирование прогнозирует влияние лекарств на организм человека, оценивает их эффективность и безопасность и сокращает для фармацевтических компаний количество лабораторных исследований, необходимых для выявления потенциальных лекарственных средств.

Идентифицировать продукцию на любых этапах производства и дистрибуции позволяют интеллектуальные маркеры и радиочастотные идентификаторы. Достоинством радиометки является переход фармацевтических компаний на новые методы работы и выпуск более широкого ассортимента более сложных лекарственных средств более мелкими партиями. Таким образом, фармацевтические компании, контролирующее движение фармацевтической продукции во всех звеньях цепочки поставок, удовлетворяют жесткие нормативные и законодательные требования и открывают новые возможности для оказания услуг здравоохранения [4]. Хранить огромные объемы данных помогают современные серверы и прозрачные интегрированные системы управления записями и архивирования. Постоянно и автоматически контролировать процессы производства в реальном времени позволяют технологии анализа производственных процессов, повышающие качество производства и экономящие средства [4].

В целом информационно-аналитическое обеспечение в управлении бизнесом фармацевтической компании повышает профессионализм работников, укрепляет деловые должностные отношения, нравственность и порядок в фармацевтической компании.

Список литературы

1. Голенищев Э. П., Клименко И. В. Информационное обеспечение систем управления. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2010.
2. Багрянцева Н. А., Нестерова Н. С., Радченко И. Н. Новые информационные технологии в фармации на базе интегрированных отраслевых информационных баз данных // Фармация. – 2007. – № 1. – С. 35–36.
3. ДГКБ св. Владимира Челюстно-лицевая хирургия.
4. Кунев С. В. Формирование инвестиционной привлекательности фармацевтического производителя на основе инструментов маркетинга: системный подход / С. В. Кунев, Л. В. Кунева // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 1–1.

УДК 61:681

ПЛЮСЫ И МИНУСЫ КОМПЬЮТЕРИЗАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Афанасенко Анатолий Олегович, Линцов Сергей Владимирович
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. Легенькова Надежда Михайловна

Что такое компьютеризация в целом? Это широкое внедрение электронно-вычислительных машин в различные сферы человеческой деятельности [1]. В современной медицине различная компьютерная техника используется во всех сферах, поэтому необходимо снабжать медицинские учреждения передовыми технологиями. К сожалению, внедрение информационных систем в государственные лечебно-профилактические учреждения, как правило, происходит только по инициативе руководителей ЛПУ. В связи с этим врачам зачастую приходится работать с устаревшей техникой, возможности которой ниже.

По данным Министерства здравоохранения РФ при стандартном обслуживании 40% времени тратится на ведение медицинской документации и 50% на поиск информации. В связи с этим при внедрении новых информационных систем можно прогнозировать уменьшение времени, затрачиваемого на одного пациента примерно на 25%.

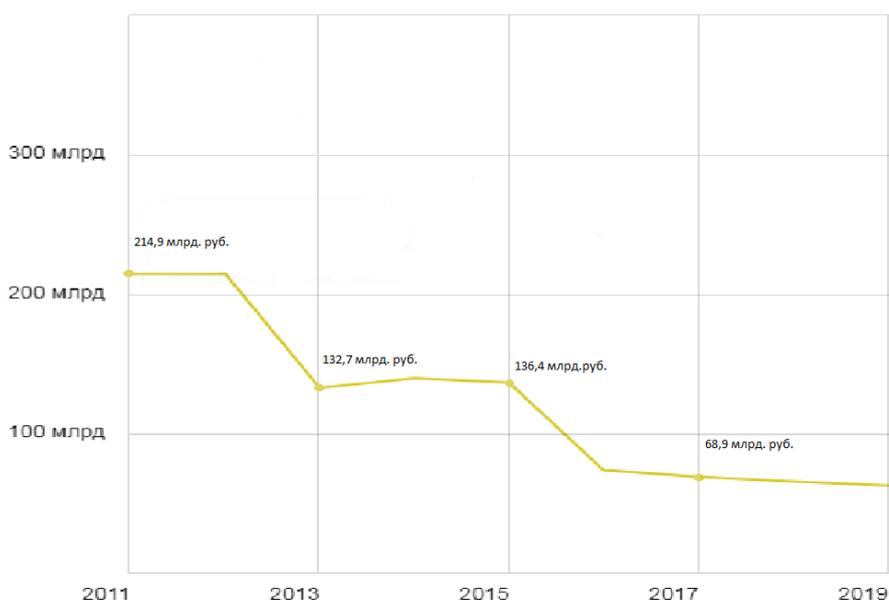


Рис.1. Средства, выделенные на амбулаторную помощь населению в период 2011-2017 гг. [2]

Если взять значение 25% как среднее для амбулаторной помощи населению за 2017 год, то бюджет можно сэкономить примерно 17,225 трлн. рублей. Сейчас желание у подрастающего поколения стать врачом меньше в связи с большим объемом бумажной работы, на которую уходит много времени. При внедрении информационных технологий можно смягчить этот фактор тяжести работы врача. Этот вопрос касается также и оборудования, с которым приходится работать врачам при диагностике. Например, аппараты для магнитно-резонансной томографии.

Их можно разделить на 3 группы:

- 1) до 0,5 Тл;
- 2) 1,0-1,5 Тл;
- 3) 3,0 Тл.

Аппараты до 0,5 Тл, как правило, дают изображение, по которому врачу будет затруднительно поставить диагноз. Аппараты 1,0 Тл, как сообщает источник [3], все выпущены до 2000 года и соответственно на сегодняшний день не могут называться передовыми, хотя с ними можно работать. Оптимальным вариантом является аппарат на 1,5 Тл, так как он подойдет для 95% исследований, при этом в отличие от аппарата на 3,0 Тл обслуживание будет намного дешевле. Это касается не только аппаратов для МРТ, например, в некоторых больницах и поликлиниках используются аппараты, произведенные в Советском Союзе. Их необходимо заменить на новые модели, так как достать запчасти для такого оборудования все сложнее в связи с отсутствием технологических карт по производству комплектующих и их малой эффективностью по сравнению с современными аналогами. К сожалению, компьютеризацию не поддерживают врачи с большим стажем работы, что приводит к конфронтации взглядов с новым поколением врачей. Одним из распространенных ответов на вопрос о компьютеризации становится ответ «А зачем это вообще нужно?». В связи с этим можно сказать, что внедрение компьютерных технологий и техники в лечебно-профилактические учреждения это не только закупка оборудования и программного обеспечения, но и просветительская деятельность вкупе с грамотным обучением персонала работе с новыми технологиями.

Список литературы

1. Образовательный портал MyUnivercity. <http://myunivercity.ru/>

УДК 614.2:681.3

РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*Сасин Александр Николаевич*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст.преп. Легенькова Надежда Михайловна

Обязательным и важным условием стабильного развития системы здравоохранения является её информатизация.

На протяжении последних лет проблеме информатизации здравоохранения уделяется особое внимание. Главная цель информатизации заключается в получении всеми учреждениями системы здравоохранения своевременной и важной информации. С помощью процесса информатизации повышается информированность врачей о новинках эффективных медицинских технологий, позволяющих получать качественные данные о состоянии здоровья потребителей медицинских услуг и методы их лечения.

В период с 2011 по 2013 годы информатизация здравоохранения заключалась в создании системы финансовой отчетности, аналитических и управленческих систем [1].

Благодаря подключению медицинских учреждений к Единой информационной системе, потребители медицинских услуг получили возможность записаться на приём к врачу в электронном виде.

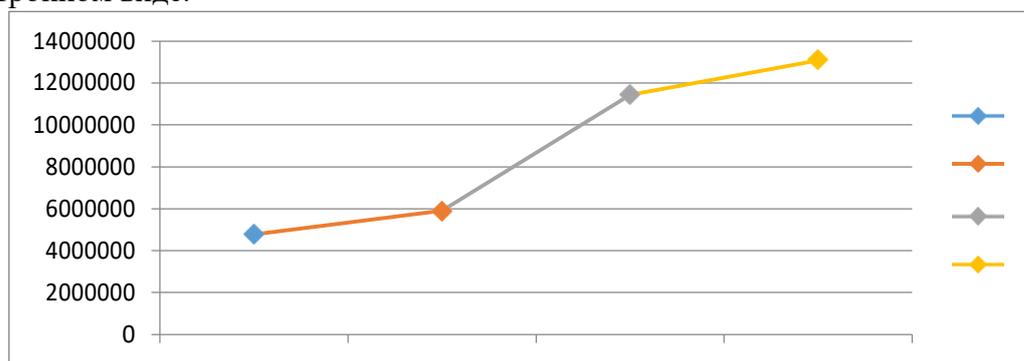


Рис. 1. Количество потребителей, записавшихся к врачу в электронном виде. Также для них были созданы электронные медицинские карты (ЭМК).

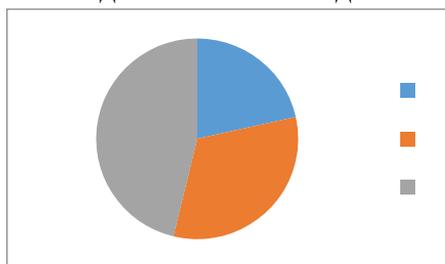


Рис. 2. Процент потребителей, имеющих ЭМК от общего числа населения

С 2014 года информатизация здравоохранения была направлена на внедрение новых и усовершенствование уже имеющихся систем, развитие телемедицины. Медицинским работникам телемедицина позволяет проводить необходимые лечебно-диагностические консультации из федеральных и зарубежных медицинских центров, региональных медицинских учреждений для людей, находящихся на лечении в ЦРБ, центрах общей врачебной (семейной) практики и в режиме реального времени обмениваться видео-, звуковой, графической и текстовой информацией. Используя возможности телемедицины, медицинский работник способен познакомиться с любыми результатами обследования больного и дать

рекомендации, используя и видеоизображение, и звук, и графику. Согласно данным КМИС (Комплексная Медицинская Информационная Система) закупку ПО для информационных технологий и соответствующих услуг по направлению здравоохранения в соответствии с 44-ФЗ осуществили: 2013 г 54 региона (65%), 2014 г. – 80 (94% с учетом 2 новых регионов – Крыма и Севастополя), 2015 г. – 77 (88%), 2017 г. – 81 (91%).

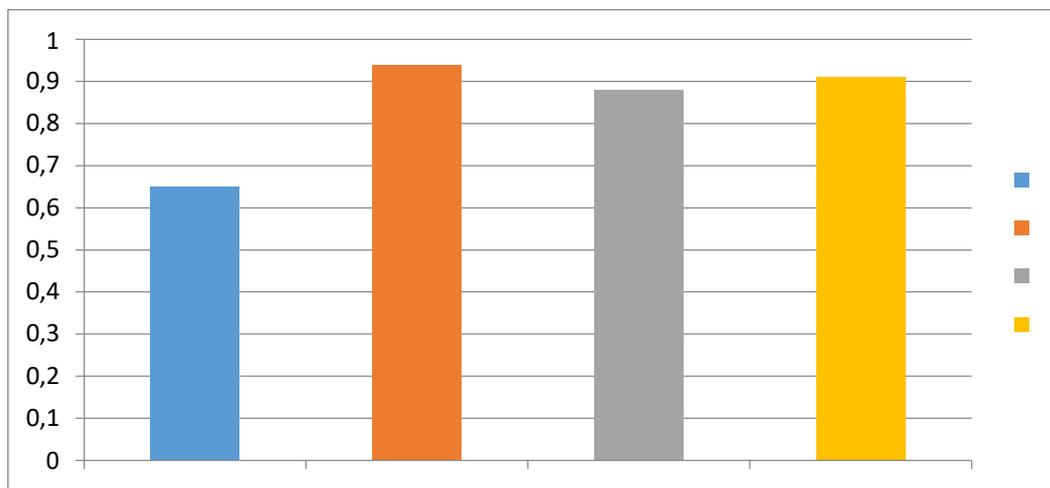


Рис. 3. Процент регионов, с необходимым ПО для информационных технологий
 Развитие и применение ИТ облегчает врачам работу с информацией, помогает не допускать врачебных ошибок и главным образом влияет на скорость и эффективность распространения информации [2, 12]. Среднее значение затрат на информатизацию здравоохранения в расчете на число медицинских организаций составило 350000 рублей. Лидерами по этому показателю стали Москва (4446000 руб.), Ямало-ненецкий АО (2560000 руб.), Ханты-Мансийский АО (1185000 руб.), Республика Алтай (1174000 руб.).

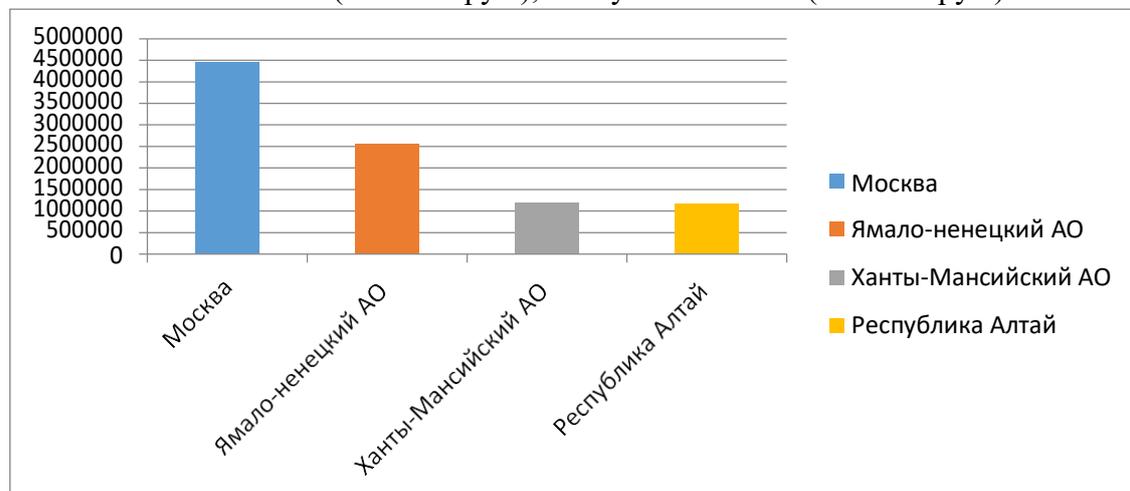


Рис. 4. Затраты лидеров на информатизацию здравоохранения

Информатизация здравоохранения направлена на поддержку принятия решения по вопросам управления здравоохранением, диагностики, профилактики и лечения с помощью современных ИТ.

С 2013 года и по сегодняшний день 2018 года в информатизации здравоохранения России, согласно данным исследования, проведенного КМИС (Комплексная Медицинская Информационная Система), применяется 260 различных программных продуктов.

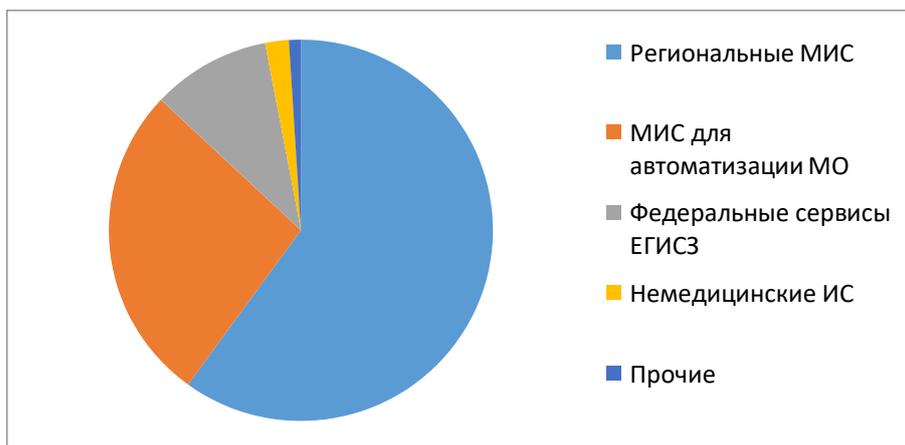


Рис. 5. Госзакупки в сфере здравоохранения по типу ПО

С целью приобретения профессиональных навыков и умений, все медицинские работники должны проходить курсы переподготовки и повышения квалификации и постоянно быть в курсе научных достижений в своей области, чтобы гарантировать потребителям медицинских услуг наиболее эффективное лечение.

Несмотря на то, что информатизация в здравоохранении продолжается, но все же, на сегодняшний день, многие вопросы остаются не решенными [3].

Список литературы

1. Бойко Е. Основной приоритет информатизации здравоохранения - ориентация на пациента. Министерство здравоохранения РФ. 2014.
2. Коротко О. Направления реформирования здравоохранения в России / О. Коротко. М. 2014. - № 2. - С.12.
3. Сабанов А. Информатизация российского здравоохранения: трудный путь к цели. PC Week Review, 2014. - № 5.

УДК 65.012.7

ЦИФРОВАЯ ЭКОНОМИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Абрамова Анна Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.э.н., Косинова Наталья Николаевна

Цифровая экономика берет своё начало со второй половины XX столетия. Невозможно представить жизнь современного общества без информационных технологий, радикально изменивших мир и давших толчок к стремительному росту экономического развития.

Президент РФ 9 мая 2017 года утвердил программный документ «Стратегию развития информационного общества в Российской Федерации на 2017 – 2030 годы», где цифровая экономика определялась следующим образом: «деятельность, в которой ключевыми факторами производства являются данные в цифровом виде, обработка больших объемов и использование результатов анализа которых по сравнению с традиционными формами хозяйствования позволяют существенно повысить эффективность различных видов производства, технологий, оборудования, хранения, продажи, доставки товаров и услуг» [1].

Подчеркнем, что понятие «цифровая экономика» - это мировой тренд развития. Еще в 2014 году Gartner дал такое определение: «цифровой бизнес» представляет собой новую модель бизнеса, которая охватывает людей/бизнес/вещи, масштабируемая глобально для всего мира за счет использования ИТ (информационных технологий), интернета, и всех их свойств, предполагающая эффективное персональное обслуживание всех, везде, всегда» [2].

Цифровые технологии – один из приоритетов развития сферы здравоохранения во всем мире, ежегодно этот рынок увеличивается на четверть. Процесс может обеспечить прорыв в доступности и качестве услуг без роста расходов на здравоохранение. Развитие цифрового

здравоохранения происходит при активном участии государства. Россия в этом плане не является исключением. В стране внедряется несколько заметных по мировым масштабам информационно-аналитических проектов, среди которых Консорциум «Цифровое здравоохранение», платформы Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и Единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы (ЕМИАС).

Объем глобального рынка цифровой медицины в прошлом году, по данным Global Market Insights, составил сумму в \$51,3 млрд. К 2024 году ожидается его рост более чем в 2 раза – до показателя \$116 млрд. [3].

Ключевыми направлениями развития цифровой медицины в краткосрочной перспективе являются: внедрение и широкое использование электронных медицинских карт; развитие концепции «подключенный пациент» – мониторинг состояния и предоставление медицинских услуг с помощью встроенных интеллектуальных устройств; телемедицина.

Отметим несомненные плюсы цифровизации здравоохранения [4]:

- 1) финансовые – экономия расходов за счет сокращения контактов пациентов с врачами и модернизации организационной системы оказания услуг;
- 2) социальные – рост доступности качественной медицинской помощи.
- 3) профессиональные – повышение качества услуг за счет сокращения количества врачебных ошибок, развития предиктивной медицины, повышения эффективности клинических исследований;
- 4) технологические аспекты цифровой революции в здравоохранении.

Внедрение электронных медкарт и устройств для удаленного мониторинга пациентов во многом связано с применением BigData. В долгосрочной перспективе ожидается рост использования технологий 3D-печати для создания кожи и органов.

Созданный в начале 2018 года Консорциум «Цифровое здравоохранение» ставит своей задачей разработку и согласование основных технологических стандартов, по которым будет развиваться цифровая медицина в России. Организация учреждена при совместной инициативе Минкомсвязи и Минздрава России.

Цель консорциума - это подготовка перевода всей национальной медицины на модель «цифрового двойника» каждого человека, в каком бы отдаленном населенном пункте он ни находился. Это вполне достижимо при условии, что игроки рынка будут взаимодействовать друг с другом, быстро внедрять новые технологические решения, а государство будет им помогать в продвижении этих решений [5].

В нашей стране передовыми проектами в сфере цифровизации сферы здравоохранения выступают две информационные платформы.

Первая – это Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Она свяжет информационные системы всех медицинских организаций и профильных ведомств, позволит вести унифицированные электронные медицинские карты и регистры лиц с определенными заболеваниями. Сейчас уже в 83 регионах внедрены медицинские информационные системы, в которых ведутся электронные медицинские карты 46 млн пациентов, есть возможность для электронной записи к врачу и пр. В 2018 году в пилотном режиме заработал личный кабинет «Мое здоровье» на портале госуслуг. Подключение всех государственных медицинских организаций к ЕГИСЗ планируется к 2025 году [6].

Вторая – это единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы (ЕМИАС), которая работает с 2012 года. Количество пользователей портала превышает 9 млн пациентов и 10 тысяч медицинских работников [6]. На портале можно записаться на прием, получить направление на обследование, оформить больничный лист и медицинскую карту.

Государство занимается развитием образования и профессиональной переподготовки кадров с учетом цифровизации здравоохранения. В сфере законодательства начинается процесс адаптации под новые технологические реалии. С 1 января 2018 года в РФ вступил в

силу Закон о телемедицине, который позволяет оказывать дистанционную медицинскую помощь, выписывать электронные рецепты и выдавать справки.

В результате мероприятий «Цифрового здравоохранения» значительно повысится качество оказываемых населению медицинских услуг, что будет способствовать увеличению продолжительности жизни россиян.

Список литературы

1. Указ Президента РФ №203 «Стратегию развития информационного общества в Российской Федерации на 2017 – 2030 годы» [Электронный ресурс]. – <http://kremlin.ru/acts/bank/41919>
2. Гусев, А. Немного о термине «Цифровая экономика» /А.Гусев [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kmis.ru/blog/o-proekte-tsifrovoe-zdravookhranenie>
3. Капранова, Л.Д. Цифровая экономика в России: состояние и перспективы развития / Л.Д. Капранова // Экономика. Налоги. Право. - 2018-№2. – С.58-59.
4. Парло, Г. Медицина будущего: как развитие цифровой экономики изменит здравоохранение России / Г. Парло [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://riafan.ru/983867-medicina-budushchego-kak-razvitie-cifrovoi-ekonomiki-izmenit-zdravookhranenie-rossii>
5. В РФ создан консорциум «Цифровое здравоохранение» источник: <http://www.comnews.ru/digital-economy/content/111901/2018-02-19/v-rf-sozdan-konsorcium-cifrovoe-zdravookhranenie#ixzz5QgrORC1h>
6. Цифровая революция в здравоохранении: достижения и вызовы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tass.ru/pmef-2017/articles/4278264>

УДК 615.47

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ И ЭКСПЛУАТАЦИИ СЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ В РОССИИ

Акмашова Мария Алексеевна, Кибиткина Елизавета Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. Легенькова Надежда Михайловна

Сегодня внедрение нового медицинского оборудования можно рассматривать как результат работы государственной политики на пути улучшения системы здравоохранения на основе достижений медицины и технических наук. Разработка, создание и внедрение новейших технических устройств способствуют конкурентоспособности лечебно-профилактических учреждений на рынке медицинских услуг. Поэтому руководителям органов управления здравоохранением необходимо осознать проблемы внедрения инноваций и искать пути их решения [1].

В нашей стране данная тема особенно актуальна по причине огромного количества острых экономических проблем, связанных с реформой в здравоохранении. Она не только не увеличила качество оказываемых медицинских услуг, но и сделала их менее доступными, отбросив страну по количеству больниц на 85 лет назад. 17 тысяч населенных пунктов в стране оказались лишенными какой-либо медицинской инфраструктуры, а больницы с достаточно дорогим медицинским оборудованием и вовсе находятся лишь в областных городах. Это не уменьшило, а, наоборот, увеличило количество обращений в медицинские учреждения. Хотя власти пытаются исправить положение, их методы носят точечный характер и не являются достаточно эффективными.

На приобретение медицинской техники регулярно тратятся колоссальные суммы. Например, в Клинической поликлинике № 28 города Волгоград, по нашим подсчетам, имеется сложной и дорогостоящей аппаратуры на 25 299 930 рублей [3]. Однако, в ведущих городах нашей страны тратятся суммы несравнимо большие.

Тем не менее, нет смысла закупать дорогостоящее оборудование, если нет кадров, способных с ним работать. Отсюда вытекает следующая проблема: простой медицинской техники. В российских клиниках пылятся многие приборы, в том числе и предназначенные для лечения раковых заболеваний. К примеру, управление Росздравнадзора Калининградской области во время проверок обнаружило, что в детской областной больнице в результате выхода из строя градиентного усилителя пять месяцев не работал магнитно-резонансный томограф стоимостью 85 млн. рублей [4]. Таких примеров по всей стране множество. Главные причины простоя сложной медицинской техники:

- 1) недостаток денежных средств для ремонта техники;
- 2) отсутствие квалифицированных специалистов как для работы с этой техникой, так и для её ремонта.

Как же предлагают решить данную проблему специалисты? «Для выхода из ситуации эксперты предлагают постепенно уходить от системы государственных закупок и начинать работать напрямую с производителем...» - пишет новостной сайт "newsru.com" [4]. Однако, мы не можем полностью согласиться с этим решением, так как подобные методы, конечно, уменьшат затраты, но едва ли решат саму проблему: производители не смогут обеспечить всю страну специалистами по установке и обслуживанию данного оборудования. Для этого областными центрами необходимо самим заботиться о подготовке квалифицированных специалистов.

Основные места сосредоточения современной медицинской техники и хороших квалифицированных специалистов в России – это Москва и Санкт-Петербург. Два города на огромную страну, площадью 17 млн. км². По всей же остальной стране ощущаются явные проблемы как с оснащённостью клиник хорошей современной медицинской техникой, так и с наличием специалистов с лицензией для работы и ремонта оборудования. Большинство высококвалифицированных работников ищут наиболее выгодные условия для самих себя, таким образом, либо переезжают в более развитые в данной сфере города России, либо вовсе стараются покинуть страну. Это так же является веской причиной для подготовки местных специалистов по работе с медицинским биотехническим оборудованием в различных регионах России.

Обобщая всё вышесказанное: многие населённые пункты не имеют даже обычных клиник с базовым оборудованием, по-настоящему качественная медицинская техника сосредоточена непосредственно в центре страны, а в остальных городах даже если и появляются дорогие и современные приборы, то зачастую их просто некому и не на что обслуживать.

Каким образом можно решить рассмотренные нами проблемы? Возможно, увеличить бюджет государственных медицинских учреждений для расходов на ремонт оборудования и обучение специалистов для работы с ним, озаботиться созданием выгодных условий для хороших специалистов.

Список литературы

1. Научно исследовательская работа «ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ» Сыстерова А.А., Тоцкая Е.Г.; электронная библиотека КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/vnedrenie-innovatsiy-v-zdravoohranenii>
2. Новостной сайт «ИноСМИ.ru»: <https://inosmi.ru/social/20171222/241068724.html>
3. Сайт Волгоградской Клинической поликлиники №28: http://kp28v.ru/o_poliklinike/oborudovanie/
4. Новостной сайт «newsru.com»: <https://www.newsru.com/russia/20aug2015/prostoy.html>

ПЛАТФОРМА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Качалов Дмитрий Леонидович

Россия, Москва, Институт проблем управления РАН им. В. А. Трапезникова

Современные учреждения здравоохранения модернизируются и укомплектовываются новым оборудованием. Также в медицинских учреждениях происходит цифровизация управления, что характерно для всех отраслей современной жизни общества и обуславливает цифровую трансформацию экономики и управления.

Применение современных информационных технологий в учреждениях здравоохранения способно сократить рутинные «бумажные» задачи персонала медучреждений и повысить эффективность его работы за счёт высвобождения времени на выполнение задач, напрямую связанных с профессиональными обязанностями, а не с волокитными рутинными операциями. Кроме того, внедрение современных программно-аппаратных комплексов может автоматизировать большую часть задач, связанных с управлением ресурсами.

Информационные технологии в задачах управления медучреждениями

Одной из ключевых проблем в учреждениях здравоохранения остаётся проблема хранения и обработки данных пациентов. Согласно действующему законодательству персональные данные должны храниться на территории РФ. Данные медицинских исследований представляют собой огромные массивы данных, так, например, один сеанс коронарографии занимает от 1 до 8 Гб в среднем и в некоторых случаях даже больший объём. Данные, полученные при таких операциях могут быть проанализированы и на их основе могут формироваться новые методики лечения и оперирования. Кроме того, данные, касающиеся непосредственно управленческих задач, таких как отчётные и бухгалтерские документы, также занимают много места на носителях данных, компьютерах и сетевых жёстких дисках, установленных в учреждениях здравоохранения.

Проблему хранения и обработки данных, генерируемых в учреждениях здравоохранения можно решить с помощью облачных систем хранения данных, что может быть небезопасно, т.к. в медучреждениях информация имеет высокую важность и не может храниться с нарушением действующего законодательства и правил защиты информации, разрабатываемых на местном и локальном уровнях.

Так, существующую проблему обработки данных в медучреждениях, возможно решить используя только локальные или государственные центры обработки данных, или, что, несомненно, более эффективнее и выгоднее, единую систему управления данными, работающие на принципах bigdata.

Система должна быть не монолитной программой с единственным интерфейсом, альтернативу которой просто нельзя будет создать, а многоцелевой платформой хранения и анализа данных, предоставляющей интерфейсы для интеграции с различными системами и позволяющими построить удобное взаимодействие с системой на разных уровнях управления.

Разработка глобальной платформы хранения данных

Для создания такой платформы может быть применена модель глобальной аналитической платформы для хранения и обработки данных.

Сервис представляется в виде облачного сервиса, где хранение данных организовано в распределённой файловой системе, внедрены технологии обработки больших данных, реализованы универсальные методы API, для доступа мобильных клиентов и фреймворк для мобильного клиента на разных платформах.

Также, в крупномасштабных системах зачастую требуется прогнозирование тех или иных явлений. Данные, собираемые из разных систем хорошо подходят для регрессионного анализа и построение моделей прогнозирования. Для работы с прогнозами, нужно выбирать нужные данные из всего хранилища данные, в данном случае для этого используются

технологии обработки больших данных, основанные на хранении данных в распределённых файловых хранилищах и обработке по технологии Map-Reduce.

Принцип работы и архитектура платформы показаны на рис.1.



Рис. 1. Модель глобального сервиса хранения данных в IoT

Из рисунка видно, что данные от нескольких систем (организаций-арендаторов) будут храниться унифицировано в одном месте, что позволит быстрее обрабатывать данные и строить прогнозы, а также моделировать действия пользователя в крупномасштабных системах более эффективно.

Такая организация информационной системы управления позволит получить удобный доступ к инструментам управления и анализа данных и обеспечить их сохранность.

Предоставляя все необходимые функции для управления в медицинских учреждениях, данная платформа может обеспечить открытость, целостность и сохранность данных, обрабатываемых и создаваемых в учреждениях здравоохранения. А также повысить эффективность использования этих данных, за счёт интеграции с другими системами, такими как системы управления и прогностические системы.

Список литературы

1. Бутко Евгений Яковлевич Информационные технологии в управлении персоналом образовательного учреждения // Госсоветник. 2015. №4 (12).
2. Грязнов А. Н., Дырин С. П., Рогов М. Г. Особенности управления персоналом в учреждениях здравоохранения // Казанский мед.ж.. 2006. №1.
3. Аракелова И.В., Качалов Д.Л., Использование больших объемов данных в бизнесе / Известия Волгоградского государственного технического университета. 2015. № 3 (158). С. 135-140.

**ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ЦИФРОВАЯ ЭКОНОМИКА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» НА 2018 ГОД***Болдырева Полина Анатольевна*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор, д. н. Косинова Наталья Николаевна

В условиях стремительного развития современного мира все чаще выступают современные цифровые технологии, вызывающие рост потоков данных, выдвигает на первый план вопрос о формировании цифровой экономики в здравоохранении. Важность протекающих процессов позволила поставить вопрос о формировании нового типа экономики, где доминирующее значение приобретают отношения по поводу производства, обработки, хранения, передачи и применения растущего объема данных в сфере здравоохранения. [1]

Программа «Цифровая экономика Российской Федерации» была утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.07.2017 № 1632-р. Одним из проектов является «Цифровое здравоохранение».

Системы здравоохранения России и практически всех стран мира столкнулись с проблемами системного характера. Произошел скачок в развитии высокотехнологичной медицинской помощи, создания носимых средств контроля физиологических параметров, а также имплантируемых медицинских изделий и средств дистанционного контроля. Это означает, что системы здравоохранения требуют не просто модернизации, а создания новых инновационных цифровых систем здравоохранения, основанных на новых технологиях и способах управления, соответствующих современным условиям.

Главное здесь – появление особого ресурса – больших данных (Big Data). Большие данные в медицине ассоциируются с принятием врачебных решений и научными исследованиями. Информационный ресурс практической медицины складывается из четырёх компонентов: официально оформленное знание практической медицины (классификации, руководства, стандарты), рекомендации для обоснования решений (библиотека доказательной медицины), архивы историй болезни, теоретические знания (представления о системных механизмах жизнедеятельности, узкоспециализированные медико-биологические знания). Для извлечения этой информации перспективны технологии Data Mining и Text Mining в реальном времени, особенно когда требуется индивидуальный подбор терапии. К этому типу информационного ресурса также относятся сведения об отдельном больном, распределенные по учреждениям, в которые человек обращался за медицинской помощью, и данные с устройств удаленного мониторинга здоровья. Большие данные распределены в Интернет, практически не ограничены, исходят из разных источников, описывают разнородные предметы в разнообразных знаковых системах здравоохранения, появляются и существуют в реальном времени.[3]

На сегодняшний день в России доля цифровой экономики в ВВП составляет 2,8 %, или 75 млрд долларов США, гражданам оказывается своевременная, необходимая и качественная медицинская помощь с использованием цифровых медицинских сервисов врачами, пациентами (доступные и понятные для всех слоев населения электронные записи на прием, при необходимости можно воспользоваться помощью сотрудника ЛПУ, электронные картотеки), управленцами здравоохранения всех уровней и форм собственности; доступные, удобные, эффективные и качественные медицинские услуги способствуют увеличению средней продолжительности жизни населения РФ до 71-76 лет, увеличению активного и трудоспособного возраста граждан до 5-6 лет после достижения пенсионного возраста.

С экономической точки зрения эффективность сервисов ИТ более всего заметна там, где высокотехнологичная медицинская помощь соотносится с организационным, человеческим и информационным капиталом. В организации здравоохранения вклад цифровизации зависит от корректности и быстродействия сквозных бизнес-процессов и достигнутых благодаря ИТ рейтингов лечебно-профилактических учреждений.

Кроме того, планируется:

- создать нормативно-правовые условия для развития цифрового здравоохранения;
- создать необходимые кадры;
- продолжить работу над инфраструктурой (платформой); личный кабинет пациента «Мое здоровье», электронные подписи, электронная картотека, справочная информация для медицинских работников и так далее;
- продолжить развитие программы подготовки/переподготовки медицинского персонала в части ИТ, а также программы стимулирования внедрения ИТ в повседневную практику;
- обеспечить мониторинг информатизации здравоохранения;
- Развивать направление медицинской техники и оборудования с внедрением ИТ, перейти на упрощенную и ускоренную регистрацию новых цифровых разработок для здравоохранения.

Итоги реализации программы «Цифровая экономика Российской Федерации» позволяет сделать вывод о ее востребованности, своевременности, детальной проработке с учетом мнений заинтересованных сторон и потенциальной эффективности для целей и задач, которые ставит перед нами отрасль высоких технологий. Данная программа является приоритетным направлением в развитии экономики здравоохранения Российской Федерации. Она позволит создать благоприятные условия для применения информационных и коммуникационных технологий в лечебно-профилактических учреждениях.

Список литературы

1. Программа "Цифровая экономика Российской Федерации"
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221756/ Консультант плюс.
2. Емельянова Т.Ю., Толмачёва А.М. ЦИФРОВАЯ ЭКОНОМИКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ // Актуальные вопросы экономических наук и современного менеджмента: сб. ст. по матер. IX-X междунар. науч.-практ. конф. № 4-5(7). – Новосибирск: СибАК, 2018. – С. 61-64.
3. <http://ac.gov.ru/projects/otherprojects/014091.html> Данные портала «Аналитический центр при правительстве Российской Федерации»

УДК 61

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННО -ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Печерский Андрей Сергеевич

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

За последние 30 лет образ жизни населения сильно поменялся. Появилось много малых производственных предприятий, увеличились в разы транспортные потоки: грузовые, пассажирские, легковые. Рост городских многоэтажных поселений, сокращение количества сельских жителей.

По данным Федеральной службы государственной статистики за последние десять лет число заболевших впервые выросло на 7%. Из них впервые получившие травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешней среды на 2%. [1] Успешное лечение большинства заболеваний зависит от времени, прошедшего с момента звонка диспетчеру и прибытия бригады специалистов.

До 1998 года в диспетчерской службе оперативного отдела скорой помощи использовалась проводная телефонная связь. Диспетчер принимал вызов, передавал бумажную запись коллеге, который звонил в назначенный район и диктовал адрес и повод вызова диспетчеру подстанции.

Данный вид связи имел множество недостатков.

1. В связи с звуковой передачей данных несколько раз возможна потеря информации или ее искажение.
2. Большое количество персонала в цепочке передачи информации от звонка до выездной бригады.
3. Огромное количество времени уходит на передачу информации от вызывающего до бригады.

АДИС – административно- диспетчерская информационная служба. Представляет собой программу для приема и передачи вызовов выездным бригадам. Данное программное обеспечение было введено в работу в Волгограде в 1998г. и было обновлено за это время три раза. Теперь диспетчер по приему и передаче вызовов принимает вызов по телефону, вводит данные в программу и через интернет передает информацию диспетчеру нужной подстанции. Диспетчер подстанции выводит вызов на печать. Было исключено звено– диспетчер по передаче вызова на определенную подстанцию. Запись о вызове производится один раз, а вся последующая передача информации производится с выводом на экран или печать, позволяя проводить зрительный анализ, снижая риск искажения информации. Это позволило сократить до минимума передачу информации медицинской бригаде. Уменьшилась количество документации на бумажных носителях.

Благодаря появлению программного обеспечения диспетчерской системы упростилась работа диспетчера по приему и передаче вызовов: в АДИС заложен алгоритм опроса вызывающего для формирования повода к вызову с присвоение категории срочности. Система звукозаписи телефонных разговоров позволяет прослушивать обращения за помощью.

При необходимости АДИС позволяет при помощи системы «ЭРА - ГЛОНАСС» отслеживать местоположение любой машины скорой медицинской помощи и координировать действия организации в различных ситуациях.

С введением новой системы принятия и передачи вызовов изменились возможности руководства. Решена проблема быстрого и точного получения статистических данных. Программа АДИС позволяет получить данные за любой промежуток времени сохраненные в архиве:

1. Время получения вызова
2. Время обслуживания вызова
3. Временя прибытия на адрес
4. Диагнозы или поводы к вызову, их частота по отношению друг к другу
5. Количество выездов бригад на один адрес или в определенный район
6. Данные по выезду к одному больному
7. Результаты выездов: госпитализирован, отказ от госпитализации и т.д.

ПК «АДИС» может применяться как на станциях скорой помощи малых городов с одним диспетчером, так и в крупных городах с развитой локальной сетью диспетчерских компьютеров и связью с удаленными подстанциями. [2] В Волгоградской области оснащены комплексом ГБУЗ Клиническая станция скорой медицинской помощи, ГБУЗ Медицина катастроф Волгоградской области, отделения скорой помощи при центральных районных больницах.

Производит программный комплекс «АДИС» ООО фирма «Новые Системные Технологии». На сегодня фирма предлагает новые возможности комплекса – сопряжение с программами: «Система -112», «Безопасный город», позволяя объединить экстренные службы в единую систему. Реализована возможность сопряжения с внешними региональными медицинскими информационными системами, позволяя передавать вызовы на обслуживание в неотложную помощь.

Список литературы

1. Сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. Дата обновления: 24.09.2018. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr2-1.xls (дата обращения: 26.10.2018).
2. ООО Фирма «Новые Системные Технологии» Программный комплекс «АДИС» руководство администратора // Москва. – 2016 – С. 7.

УДК 61:681.3

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проскура Никита Сергеевич, Каныгина Олеся Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Кукина Елена Николаевна

В настоящее время перед здравоохранением стоят задачи непрерывного повышения качества, эффективности и доступности медицинских услуг, предупреждение болезней и других состояний, угрожающих благополучию человека. Развитие новых информационных технологий способствует появлению возможности обмена медицинской информацией с регионами и учреждениями, в которых наблюдается нехватка квалифицированных специалистов.

В России и за рубежом в последнее время получило достаточно широкое внедрение в сферу здравоохранения дистанционное оказание медицинской помощи. Телемедицина – это комплексное понятие для систем, услуг и деятельности в области здравоохранения. Они могут передаваться дистанционно посредством информационных и телекоммуникационных технологий, для развития всемирного здравоохранения, контроля над распространением болезней, а также для образования, регулирования и координации в области медицины [1].

Телемедицина помогает в решении ряда таких важных задач, как организация мониторинга состояния здоровья граждан, повышение доступности высококвалифицированной медицинской помощи, проведение профилактических мероприятий, совершенствование и развитие непрерывного образования в области медицины, включая курсы и тренинги по профилю телемедицины, консультирование пациентов, находящихся на расстоянии от медицинского персонала необходимой квалификации, с помощью использования различных современных компьютерных и телекоммуникационных технологий.

Преимущества использования телемедицины для специалистов, оказывающих медицинскую помощь:

- проведение телемедицинских консультаций и консилиумов между лечащими врачами с участием специалистов из других медицинских учреждений России и зарубежных клиник;
- проведение научных мероприятий с дистанционным участием сотрудников, сотрудников других организаций;
- дистанционное участие специалистов в научных мероприятиях, проводящиеся другими медицинскими организациями;
- решение различных управленческих задач, в том числе проведение совещаний с дистанционным участием сотрудников, а также с участием специалистов из других медицинских учреждений.

Применение телемедицинских технологий позволит ускорить диагностический процесс, сократить время пребывания больных в стационарах, а также улучшить догоспитальное консультирование пациентов. Кроме того, внедрение телемедицинского консультирования позволит исключить затраты, связанные с транспортировкой пациентов либо направлением консультантов.

Актуальность внедрения телемедицины в российскую систему здравоохранения обуславливается рядом факторов, определяющих особенности нашей страны [2]:

- большая территория и низкая плотность населения во многих регионах;
- неравномерное развитие здравоохранения в регионах;
- необходимость повышения уровня медицинской помощи населению.

Использование компьютерных и телекоммуникационных технологий способствует решению проблем, которые ранее выполнялись системами «медицинской авиации» и выездных бригад. Появляется возможность иной схемы взаимоотношений медицинских работников различных специальностей: создание «виртуальных клиник», сотрудники которых могут находиться в различных регионах страны. Пациент, обращаясь к лечащему врачу в своём регионе, может быть обследован под наблюдением «удалённых» специалистов, причём состав этих специалистов может быть предложен как лечащим врачом, так и выбран самим пациентом. Благодаря телемедицинским технологиям не только меняется организационная структура схемы оказания медицинской помощи, но и финансирование становится полностью адресным.

Телемедицинские технологии разделяют на следующие основные виды:

- телемедицинские консультации;
- консилиумы;
- дистанционное образование;
- экстренная телемедицина.

На данном этапе в России проводится активная поддержка и продвижение современных видеотехнологий в сфере здравоохранения. Так, например, 12 апреля 2004 года приказом Министерства и образования Российской Федерации №1631 было создано Государственное учреждение «Государственный научно-исследовательский институт информационных образовательных технологий Министерства образования Российской Федерации». Крайне важно и своевременно был принят закон «О телемедицине и телемедицинских услугах» в мае 2004 г. на заседании по телемедицине в Совете Федерации Российской Федерации [3].

В январе 2017 г. в третьем и окончательном чтении в Государственной думе России был принят «Законопроект о телемедицине», который дал возможность выписки электронных рецептов и проведения дистанционной врачебной помощи, а 31 июля этого же года закон был подписан президентом Владимиром Путиным. Впервые в истории разрешено врачам оказывать медицинскую помощь пациентам с помощью телемедицинских консультаций, консилиумов и дистанционного мониторинга.

Рассматривая вопрос о телемедицинских технологиях можно определить положительные экономические эффекты для каждого из участников. Так, чем дальше пациент проживает от медицинского центра, тем эффективней использование телемедицинских технологий. Например, поездка на консультацию в крупные специализированные медицинские организации в г. Москва или г. Санкт-Петербург из отдаленных регионов, обойдется в десятки раз дороже, если не прибегать к телемедицинской консультации со специалистами этих организаций. Расходы на телеконсультацию сократятся еще больше, если прибегнуть к полису ДМС (добровольного медицинского страхования), который включает пункт об оплате консультаций в сложных случаях. Как отмечалось ранее, своевременность консультаций (для удаленных населенных пунктов обеспечиваемая средствами телемедицины) в большинстве случаев уменьшает время лечения. К сожалению, без использования телемедицины часть пациентов не имеет возможности консультирования у специалистов нужной квалификации.

Телемедицина в России имеет значительные предпосылки к широкому использованию. Используя новейшие возможности в мировой телекоммуникационной сфере, она может облегчить решение стратегически важных задач, а именно, взаимодействия практического здравоохранения с центральными высокоспециализированными медицинскими учреждениями, обеспечение качественной медицинской помощи всем гражданам РФ вне

зависимости от их местонахождения, повышение качества оказываемых медицинских услуг и, как следствие, снижение риска осложнения или смертности. Однако, существуют и препятствия для развития телемедицины, такие как: недостаток средств, отсутствие качественного оборудования (интернет, видеокамеры), недостатки взаимодействующих интерфейсов, нехватка квалифицированных специалистов и т.д. В современном мире телемедицина доказывает свою действенность на практике и благотворно влияет на систему здравоохранения, постоянно развиваясь и совершенствуясь.

Список литературы

1. Курносое С. В., Петров А. В., Трофимов С. В. Телемедицина: региональный аспект // Информационное общество. - 2006. – № 1. - С. 29-30.
2. Фролов С. В., Фролова М. С. Тенденции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации // Вестник ТГТУ. - 2005. - №2. - С.328-340
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ, Российской академии медицинских наук от 27.08.2001 № 344/76 «Об утверждении концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации».

УДК 614.2

ТЕНДЕНЦИИ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Федотова Аюна Мингияновна

Россия, МОУ Лицей №9 им. Неверова А.Н. г.Волгоград
Научный руководитель: Муморова Людмила Анатольевна

Цифровые технологии в современном мире представляются ключевым направлением развития всех сфер общественной и экономической жизни государства. Согласно данным одного из ведущих мировых новостных агентств Business Insider, за последние пять лет объем финансирования сделок, сопряженных с применением информационных технологий, увеличился почти в 10 раз и достиг суммы в 1,5 млрд. долл. США. Согласно прогнозам компании McKinsey, к 2025 году цифровая экономика в мировом масштабе сможет обеспечить 19–34% роста ВВП в развитых странах. Уже в ближайшие 20 лет до 50% всех рабочих операций в мире будут автоматизированы, и этот процесс по своим масштабам будет сопоставим с промышленной революцией 18-19 веков. Объем глобального рынка цифровой медицины в прошлом году, по данным Global Market Insights, достиг \$51,3 млрд. К 2024 году ожидается его рост более чем в 2 раза – до \$116 млрд.

Указ президента РФ № 203 от 09.05.2017 определил экосистему цифровой экономики. В настоящее время её доля в России составляет 3,9%. Тем не менее, Россия уже живёт в цифровой сфере, опережая по ряду параметров развитые страны: по количеству пользователей Интернета Россия занимает 1-е место в Европе и 6-е в мире, а число смартфонов за последние 3 года увеличилось вдвое – теперь их имеет 60% населения. По мнению экспертов, за счёт цифровизации совокупный ВВП России к 2025 году может вырасти на 8,9 млрд руб.

На сегодняшний день известны три основных варианта развития цифровой экономики: #DigitizeEU (межгосударственная программа ЕС по модернизации промышленности, 2011 – н.в.), Made in China 2025 (создана на основе INDUSTRY 4.0, 2013 – н.в.), Цифровая экономика (российская национальная технологическая инициатива, 2017 – н.в.). С 1 января 2018 года вступил в силу Федеральный закон № 242-ФЗ известный как Закон о телемедицине [1], согласно которому легализуется возможность оказания населению медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий и дистанционного медицинского наблюдения за состоянием больного. Можно отметить, что информационные технологии уже применялись в организации медицинской помощи (электронная запись к врачу, видеоконференции и консилиумы врачей, единые информационные базы регистрации пациентов и т.п.) до принятия закона, но не было законодательной базы регулирования этих процессов. Принятый нормативный акт определяет порядок выдачи электронных рецептов на лекарства, а с 1 января

2019 года на лекарства, включающие в своем составе наркотические и психотропные вещества [2, с. 105].

Таким образом, цифровые технологии – один из приоритетов развития сферы здравоохранения во всем мире, ежегодно этот рынок увеличивается на четверть. Процесс может обеспечить прорыв в доступности и качестве услуг без роста расходов на здравоохранение. А потому развитие цифровой медицины осуществляется при активном участии государства [3, с. 370].

В России передовыми проектами в сфере цифровизации сферы здравоохранения выступают две информационные платформы:

Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Сейчас уже в 83 регионах внедрены медицинские информационные системы, в которых ведутся электронные медицинские карты 46 млн пациентов, есть возможность для электронной записи к врачу и пр. В этом году в пилотном режиме заработал личный кабинет «Мое здоровье» на портале госуслуг.

Единый госпортал медицинских ресурсов позволит в разы увеличить функциональные возможности телемедицинских технологий. К примеру, применение телемедицинских технологий в Нидерландах позволило уменьшить количество госпитализаций больных с сердечно-сосудистой патологией на 64%, а само время госпитализации сократить на 87%.

Единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы (ЕМИАС), которая работает с 2012 года. Количество пользователей портала превышает 9 млн пациентов и 10 тысяч медицинских работников. На портале можно записаться на прием, получить направление на обследование, оформить больничный лист и медицинскую карту. Москва — единственный мегаполис, в котором все поликлиники объединены в единую систему. В 2018 году услугами ЕМИАС пользуются 75% жителей мегаполиса, а 90% рецептов выписываются врачами только в электронном виде.

Государство занимается развитием образования и профессиональной переподготовки кадров с учетом цифровизации здравоохранения. В 2016 году на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова создана первая в стране кафедра информационных и интернет-технологий в медицине. Планируется открытие аналогичных кафедр и в других вузах.

Но есть проблемы, мешающие внедрению информационных технологий в медицину.

Первая проблема – трансформация российского законодательства. В сфере законодательства только начинается процесс адаптации под новые технологические реалии. Применение нового закона о телемедицине будет опробовано сначала в ряде «пилотных» регионов, а затем уже внедряться по всей стране.

Вторая проблема связана с технологическим фактором, а именно недостаточным уровнем интеграции в единую сеть и дефицитом подключений к сетям высокоскоростного интернета как у врачей, так и пациентов. Подключение всех государственных медицинских организаций к ЕГИСЗ планируется к 2025 году.

Третья проблема – унификация информационного взаимодействия различных информационных систем, кластеров и ресурсов. Если на нормативно-правовом уровне эти вопросы в России решены, то на практике, согласно каталогу АРМИТ за 2017 год, в стране работает 509 компьютерных систем, которые создаёт 191 организация-разработчик ПО. При этом 91% разработчиков – коммерческие структуры. Получается, что для разных больничных информационных систем требуются разные технические решения.

Список литературы

1. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья" // СПС Гарант. Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1126336/> (дата обращения 11.10.2018)

2. Кошечкин, К.А. Опыт создания информационной системы управления деятельностью испытательных лабораторий экспертного учреждения в сфере обращения

лекарственных средств / А.К. Кошечкин // Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения 2018. Т. 8, № 2. – С. 103-108.

3. Федотова, Г.В. Информационная безопасность региональных социально-экономических систем: приоритетные направления / Г.В. Федотова

УДК 65.012.7

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гамидова Диана Гамидовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преп. кафедры экономики и менеджмента Ситникова

Светлана Евгеньевна

На сегодняшний день в Российской Федерации информационные технологии стремительно внедряются во все сферы человеческой жизнедеятельности, в том числе и в системе здравоохранения.

В медицине инновационные технологии применяются с необходимостью создания единого медицинского пространства, с помощью которых преследуется цель по повышению эффективности медицинской помощи населению и обеспечение социального-экономического уровня развития страны [6].

Необходимо отметить, что цифровые технологии – это один из приоритетов развития сферы здравоохранения на сегодняшний день во всех странах, каждый год, данный рынок увеличивается на 25%. Процесс усиленного внедрения цифровых технологий в управлении в сфере здравоохранения обеспечит прорыв в доступности и качестве медицинских услуг без увеличения расходов на здравоохранение. Именно поэтому развитие цифровых технологий в медицине осуществляется при активном участии государства.

Цель внедрения информационных технологий - это создание информационных систем для проведения анализа и принятия на их основе управленческих решений. В информационные технологии принято включать два фактора - машинный и человеческий. Определенным воплощением информационных технологий чаще всего являются автоматизированные системы, и лишь в данном случае можно сказать о компьютерных технологиях.

Также и в России осуществляется процесс внедрения несколько заметных по мировым масштабам информационно-аналитических проектов [3].

До недавнего времени в здравоохранении России почти полностью отсутствовали признаки автоматизации. Карты, бюллетени, процедурные отчеты, учет пациентов, лекарственных препаратов – весь документооборот производился на бумаге. Это отражалось на скорости, а также, и на качестве обслуживания пациентов, затрудняло работу врачебного, медицинского персонала, что приводило довольно часто к врачебным ошибкам, большим затратам времени на заполнение карт, составление отчетов. Это осложняло работу ЛПУ (отсутствие контроля работы подразделений, недостаток оперативной, аналитической информации) и работу контролирующих органов.

В настоящее время медицинские организации принимают и обрабатывают большие объемы информационных данных. И то, насколько полноценно данную информацию использует врачи, руководители, управляющими органами, напрямую зависит качество оказываемой медицинской помощи, уровень жизни населения, уровень развития государства [5].

В связи с этим, необходимость применения больших, и при этом еще постоянно увеличивающихся, объемов информации при решении диагностических, терапевтических, статистических, управленческих, обуславливает необходимость внедрения информационных технологий в медицину.

Современные информационные технологии широко применяют компьютеры, вычислительные сети и всевозможные виды программного обеспечения в процессе управления.

На сегодняшний день необходимо отметить, что локальные медицинские информационные системы и сети, довольно быстро развиваются. В настоящее время в практике медицины стали довольно часто применять компьютеризированные истории болезни и системы классификации терминов. Очень важную роль играет способ коммуникации между базами данных и терминология [1].

Развитие информационных технологий и современных коммуникаций, внедрение в клиниках большого количества автоматизированных медицинских приборов, следящих систем и отдельных компьютеров привели к новому витку интереса и к увеличению численности медицинских информационных систем, как в крупных медицинских организациях с увеличенным потоком информации, так и в медицинских учреждениях средних размеров и даже в небольших клиниках или клинических отделениях.

Исходя из вышеперечисленного материала, необходимо подчеркнуть важность внедрения и развития информационных технологий в медицине и здравоохранении.

Информационные технологии в медицине и здравоохранении позволяют:

- 1) вести оптимизированный и рационализированный учёт пациентов,
- 2) дистанционно контролировать состояние здоровья пациентов, имеющих импланты органов,
- 3) оказывать срочную медицинскую помощь пациенту по телефону, либо с помощью видеосвязи,
- 4) сохранять полную историю болезни, результатов диагностики и назначенного лечения;
- 5) вести контроль правильности назначенного лечения, что может довольно существенно снизить риски ошибочной постановки диагноза и назначения неподходящего лечения;
- 6) обмениваться профессиональным опытом, курировать и обучать молодых специалистов;
- 7) получать информацию о новейших исследованиях, разработках и технологиях в медицине;

Необходимость применения информационных технологий отмечается не только медицинскими работниками, но и поддерживается правительствами всех стран, в том числе и Российской Федерации. Для внедрения новейших технологий в медицину регулярно разрабатываются постановления и нормативно-правовые акты, нацеленные на эффективное решение этой задачи. Повсеместное применение информационных технологий в системе здравоохранения положительно скажется на показателях успешного лечения населения и продолжительности и качества жизни больных.

Список литературы

- 1) Внедрение новых технологий в медицинских организациях. Зарубежный опыт и российская практика, Литагент [Текст] / «Высшая школа экономики», 2014.
- 2) Зарубина, Т. В. О перспективах информатизации медицинских организаций на современном этапе [Текст] / Т. В. Зарубина // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. - 2015.
- 3) Информационные технологии в управлении здравоохранением Российской Федерации [Электронный ресурс] / Под ред. А.И. Вялкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 4) Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
- 5) Новые направления развития информационных технологий в медицине [Текст] // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. - 2016.
- 6) Чистов, Д. В. Проблемы автоматизации медицинских учреждений [Текст] / Д. В. Чистов // Главный врач. - 2015.

Научное издание

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**III (I Национальной) 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
8-9 ноября 2018г.**

Отпечатано в авторской редакции

Напечатано с готового оригинал-макета
Директор Издательства ВолгГМУ Л. К. Кожевников

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07. от 11.12.2007 г.

Подписано в печать 17.10.2019. Формат 60-84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 19,32.
Уч.-изд. л.25,02. Тираж 40 экз. Заказ №

Волгоградский государственный медицинский университет,
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1
Издательство ВолгГМУ,
400006 Волгоград, ул. Дзержинского, 45