

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

Мероприятие проведено при финансовой поддержке Российского фонда  
фундаментальных исследований, проект № 19-013-201105\19

г. Волгоград  
14-15 ноября 2019г.

**УДК 33**  
**ББК 65+5**

**Редакционная коллегия:**

**С.Ю. Соболева**, канд.экон.наук, доцент,  
зав. кафедрой экономики и менеджмента ВолгГМУ

**И.В. Аракелова**, канд.экон.наук, доцент,  
доцент кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ

**С.А. Саргсян** председатель научного общества молодых ученых  
и студентов ВолгГМУ

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**

## **ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**

УДК 614.2

### **ПРОЕКТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ». ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна,  
Емельянова Ольга Сергеевна, Симаков Станислав Владимирович,  
Багметов Николай Петрович, Ломовцев Михаил Сергеевич**  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
ГБУЗ «Волгоградский областной медицинский  
информационно-аналитический центр»

Рассмотрены вопросы применения проектно-ориентированной модели управления на основе «бережливого производства» в сфере здравоохранения, а также требования к формированию проектно-ориентированной модели управления в медицинской организации. Приведен опыт реализации проектного управления в рамках регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в Волгоградской области.

Ключевые слова: функциональное управление, проектное управление, проектно-ориентированная модель управления, бережливое производство, здравоохранение, региональный проект.

С 2013 года в России в сфере государственного управления ведется работа по внедрению инструментов проектного управления. С 2017 года в сфере здравоохранения реализация государственных программ также переведена на проектное управление [1]. Это было связано с тем, что реализация национальных, федеральных и региональных проектов потребовала системного пересмотра и трансформации, существовавших ранее подходов к управлению, как в целом на уровне отрасли, так и на уровне конкретных

медицинских организаций. Один из важнейших реализуемых в настоящее время федеральных проектов - «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» направлен на повышение качества и доступности медицинской помощи, формирование здорового образа и увеличение продолжительности жизни за счет организации эффективной системы профилактики, раннего выявления и предупреждения заболеваний. В Волгоградской области с 2018 г. указанная работа проводилась на принципах проектной деятельности в пилотных медицинских учреждениях в рамках направлений «Бережливая поликлиника», а с 2019 года по направлению - «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Анализ накопленного опыта позволил определить как позитивные итоги, так и комплекс организационных проблем, а также предложить рекомендации по оптимизации управленческих действий, направленных на повышение эффективности реализации проектов при тиражировании их в медицинских организациях.

Целью настоящего исследования является оценка возможности применения в сфере здравоохранения Волгоградской области передового опыта проектного управления [4] с использованием технологий бережливого производства [5, 7] на основе анализа промежуточных итогов реализации регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в части создания и тиражирования «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Материал и методы. Исследование и оценка проведены в рамках начального этапа реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» запланированного на 2019 – 2024 годы. В Волгоградской области проект стартовал в январе 2018 года. До конца 2024 года в проекте будут задействованы 192 структурных подразделений в 66 амбулаторно - поликлинических учреждениях. В настоящее

время в создании и внедрении «Новой модели медицинской организации» принимают участие 101 структурное подразделение 52 медицинских организаций.

Итоговым результатом проекта должно стать создание и внедрение «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» - медицинской организации, ориентированной на потребности пациента, бережное отношение к временному ресурсу как основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов, организованных с учетом принципов эргономики и соблюдения объема рабочего пространства, создающей позитивный имидж медицинского работника, оказание медицинской помощи, основанной на внедрении принципов бережливого производства, повышении удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, эффективном использовании всех ресурсов системы здравоохранения[2].

Для унификации мониторинга и оценки степени достижения результата, Министерством здравоохранения РФ были определены целевые значения критериев, объединенные в 9 групп, которым должна соответствовать медицинская организация для приобретения статуса «Новой модели» [3]. При этом достижение целевых значений критериев возможно только в условиях деятельности кроссфункциональных команд исполнителей, с четким разделением функций заказчика, владельца и потребителя процесса или результата проекта на уровне самой медицинской организации.

В качестве инструмента для управления и координации проектной деятельности по созданию и внедрению «Новой модели медицинской организации» в самих медицинских учреждениях, в Волгоградской области в 2018 году был создан региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи. С целью формирования профессиональных компетенций в сфере проектного управления за два года на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения ФУВ, а также экономики и менеджмента ФГБОУ ВО

«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ прошли обучение более 200 слушателей, более 160 сотрудников медицинских организаций получили сертификаты «Фабрики процессов» в ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ. Таким образом, была осуществлена теоретическая и практическая подготовка специалистов, на которых в дальнейшем была возложена задача по реализации проекта непосредственно в медицинских учреждениях.

Результаты и обсуждения. По итогам начального этапа (2018 – первое полугодие 2019 г.г.) во всех медицинских организациях, участвующих в реализации проекта, запущен механизм проектного управления: сформированы профессиональные команды, наделенные полномочиями для принятия управленческих решений, выделены рабочие пространства - информационные центры, а также проведены организационные преобразования, направленные на «диагностику» зон потерь эффективности с последующим их устранением или внесением необходимых изменений для их минимизации. Реализация такой проектно-ориентированной модели управления позволила уже на данном этапе достигнуть многих контрольных значений критериев «Новой модели медицинской организации» в медицинских организациях-участниках.

В частности:

1. Организована работа 27 открытых регистратур, созданы 32 зоны комфортного ожидания, установлена 31 система навигации и 76 систем информирования. Доля рабочих мест, организованных по системе 5С составила 49,5%.

2. Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов сократилось в среднем с 4 до 2, при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках ОМС в среднем с 3 до 2.

3. Количество возвратов пациентов по потоку в процессе льготного лекарственного обеспечения сократилось с 4 до 2, выдаче листков нетрудоспособности или справок - с 4 до 1.

4. Доля посещений плановыми пациентами врачей по установленному времени возросла с 36% до 65%; доля посещений плановыми пациентами врачей по предварительной записи с 34% до 70%; доля записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру с 20% до 51% .

5. Количество посещений при прохождении диспансеризации или профилактического медицинского осмотра сократилось в среднем с 4 до 2, при этом длительность их прохождения в среднем сократилась с 7 до 3 дней.

6. Время ожидания ответа оператора колл-центра сократилось в среднем с 11 до 4 минут; ожидание в очереди в регистратуре - с 21 до 7 минут; ожидание приема у кабинета врача - с 32 до 14 минут.

7. Время забора крови в процедурном кабинете сократилось с 60 до 10 минут, ожидание пациентами очереди на УЗИ-исследования - с 14 до 7 дней, время проведения инъекций - с 60 до 15 минут при этом увеличилось количество принимаемых пациентов в смену с 40 до 60 человек.

Вместе с тем, в ходе работы были выявлены определенные «факторы риска», снижающие эффективность проектного управления. Это - низкая степень межведомственного и межструктурного взаимодействия, низкая степень вовлеченности сотрудников МО в реализацию проектов, а также недостаток необходимого опыта проектного управления у сотрудников команды внутри медицинских учреждений.

Закключение. Современные социально-экономические и политические условия диктуют новые требования к формированию систем управления на всех уровнях, включая здравоохранение. В этой ситуации проектно-ориентированная модель управления, основанная на принципах «бережливого производства» призвана справиться с современными «вызовами» и обеспечить эффективное достижение целей в установленные сроки и при условии

ограниченного ресурсного обеспечения. Предварительные итоги реализации регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в части создания и тиражирования «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» свидетельствуют об эффективности применяемого проектно-ориентированной модели управления, а полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего внедрения и тиражирования лучших практик. Вместе с тем, в рамках проектного управления необходимо уделять дополнительное внимание организации взаимодействия специалистов на всех уровнях, а также постоянно накапливать, анализировать и систематизировать приобретаемый опыт. Это будет способствовать достижению целей регионального проекта и, в конечном итоге, приведет к качественным положительным изменениям в первичном звене здравоохранения Волгоградской области.

Список литературы.

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 N 1640 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения".- Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 29.12.2017, "Собрание законодательства РФ", 01.01.2018, N 1 (Часть II), ст. 373.

2. Реализация проектов по улучшению в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ. - Москва, 2019.

3. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации (2-е издание с дополнениями и уточнениями) / Министерство здравоохранения РФ. – Москва, 2019.

4. Методические рекомендации по применению проектного управления при решении задач улучшения инвестиционного климата в субъектах

российской Федерации. Методические рекомендации / Агентство стратегический инициатив АСИ). – Москва, 2015.

5. Agile practice guide / Project Management Institute, Inc., 2017

6. 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.

7. Адлер Ю. П., Шпер В. Л. Предисловие. Бережливость не роскошь, а средство выживания / Джеймс П. Вумек, Дэниел Джонс. Бережливое производство: Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании (серия MUST READ). – М.: Альбина Паблишер. 2013. – 472 с.

УДК 004:614.2

## **ЦИФРОВАЯ РЕВОЛЮЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Зейналлы Рафаэль Риза оглы,  
Поздняк Екатерина Вадимовна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: проф. кафедры экономики и менеджмента,  
д-р экон.наук, Косинова Н.Н.

Цифровые технологии – приоритетное направление развития сферы здравоохранения во всем мире. Процесс цифровизации и информатизации способен обеспечить прорыв в повышении доступности и улучшении качества услуг без роста расходов на здравоохранение. В Российской Федерации на протяжении около 10 лет активно внедряются и реализуются многие заметные по мировым масштабам информационно-аналитические проекты.

Целью данной работы является выявление тенденций цифровизации здравоохранения в Российской Федерации, а так же анализа отношения населения Волгоградской области к повышению информатизации медицины.

Ключевыми направлениями в реализации процесса цифровизации здравоохранения в России являются: внедрение электронных медицинских карт (ЭМК); развитие концепции «подключенный пациент», подразумевающей дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента через носимые интеллектуальные устройства (например, фитнес-трекеры, smart-часы и т.д.); внедрение такого направления оказания медицинских услуг, как телемедицина (использование компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией.). После завершения процесса цифровизации ожидаются положительные тенденции в социальной сфере непосредственно через повышение доступности и качества медицинских услуг. Повышение качества оказываемых услуг планируется повысить за счет сокращения количества медицинских ошибок, повышения эффективности клинических исследований.

В России передовыми и многообещающими проектами в сфере цифровизации медицины выступают такие информационные платформы: Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС).

ЕГИСЗ свяжет информационные системы всех медицинских организаций и профильных ведомств. В перспективе она позволит вести стандартизированные электронные медицинские карты и регистры лиц с различными заболеваниями. Сейчас уже в 83 регионах внедрены медицинские информационные системы (МИС), где ведутся электронные медицинские карты 49 млн. пациентов, существует возможность для электронной записи к врачу и многое другое.

Единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы (ЕМИАС), работающая с 2012 года, содержит в себе данные около 10 млн. пациентов. Для 13 тысяч медицинских работников данная информационно-аналитическая система является необходимым инструментом в повседневной работе. На портале ЕМИАС пациенты могут записаться на прием, получить направление на обследование, оформить больничный лист и медицинскую карту, ознакомиться с графиками работы нужных специалистов и многое другое. По статистике около 87% выдаваемых в Москве рецептов имеют преимущественно электронную форму. Москва на сегодняшний день — единственный мегаполис, в котором все поликлиники объединены в единую систему.

Если говорить о человеческих ресурсах, то Государство занимается развитием образования и профессиональной пере- и подготовкой кадров, учитывая процесс цифровизации здравоохранения. В 2016 году на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова была создана единственная на тот момент в стране кафедра информационных технологий и Интернет-технологий в медицине. В настоящее время планируется открытие аналогичных кафедр с уклоном на информационные технологии в медицине и в других вузах России.[1]

Однако существуют значительные проблемы, мешающие внедрению информационных технологий в медицину. В сфере законодательства только начинается процесс адаптации под новые технологические реалии. Как известно, Правительство РФ одобрило законопроект о телемедицине, позволяющий оказывать дистанционную медицинскую помощь, в частности - проводить консультации, дистанционно отслеживать состояние здоровья больных, выписывать электронные рецепты и справки, которые будут актуальны для всех учреждений. [3]

Следующая большая проблема связана с технологическим фактором, а конкретно – с процессом подключения всех государственных медицинских

организаций к ЕГИС. Сделать это планируется к 2025 году, но на данный момент реализация проекта по устранению цифрового неравенства, предполагающего подключение к интернету всех жителей сельских, удаленных и труднодоступных районов, пока сталкивается с объективными сложностями в финансировании. Так же одной из основных проблем выступает недостаточное финансирование государством области здравоохранения. Согласно имеющимся данным, полученным от государственных аудиторов Счетной палаты, Минкомсвязь задерживает процесс подключения государственных медицинских учреждений к Интернету, Минздрав, как стало известно, опаздывает с формированием нормативной базы для работы Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Ожидается, что в будущем это потребует дополнительных расходов бюджета.

Новые технологии должны облегчить работу врача, освободив всех работников сферы здравоохранения: начиная от работников регистратуры и заканчивая управленцами здравоохранения или главными врачами. Самое главное, чего ожидает государство от процесса цифровизации, - это освобождение работников медицины от бесконечной рутины. Ожидается, что цифровизация позволит переместить фокус врача с процесса заполнения истории болезни на разбор индивидуального случая пациента. С развитием цифрового здравоохранения, медицинские работники смогут вернуться к своей основной сфере деятельности: обеспечивать сочувствие, социальную помощь и заботу.

Но в реалиях современного мира можно наблюдать лишь элементы цифровизации, а именно: упрощение коммуникации, информатизацию, но это еще не телемедицина и уж тем более не цифровизация. И дальнейшее углубление в этом направлении открывает всё новые вопросы, решать которые необходимо уже сегодня. [2]

Таким образом, цифровизация здравоохранения – важный и нужный процесс 21 века. Он имеет как большие перспективы развития, так и сложности

реализации. В перспективе цифровизация здравоохранения сможет повысить уровень и качество жизни населения, тем самым способствуя экономическому развитию страны в целом.

#### Список литературы

1. Аракелян С. Цифровая экономика: стратегии развития и новые технологии - достижения, риски, угрозы // Экономист .— 2018 .— № 3.-С.52-73.
2. Лугачев М.И, Информационные революции, экономика и экономическое образование. Вестник Моск. Ун-та, сер. 6, Экономика, 2017, 4, 142-160
3. Гасумова, С.Е. Информационные технологии в социальной сфере: Учебное пособие / С.Е. Гасумова. - М.: Дашков и К, 2015. - 312 с.

УДК 61

### **ЦИФРОВИЗАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Бокова Римма Дмитриевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: проф., д-р.эконом.наук, Косинова Н.Н.

Модернизация различных сфер жизни России является одной из основных предметов дискуссий ученых различных отраслей. Одной из приоритетных сфер можно назвать область информационных технологий, которая направлена на решение стратегических задач государства [1].

В ближайшее время все отрасли, рынки, направления деятельности будут переориентированы в соответствии с требованием новых цифровых экономических моделей.

Основными драйверами цифровой трансформации в сфере здравоохранения сегодня являются новые продукты и сервисы, новые информационные и управленческие технологии, инновационные бизнес-модели. Цифровая трансформация взяла направление на то, чтобы повысить эффективность и качество оказываемой медицинской помощи. Прежде всего,

это выражается в поддержке врачей и создании дополнительных инструментов, способных улучшить их работу.

В сферу здравоохранения информационные технологии пришли позже, чем во многие другие отрасли, поэтому, в отличие от госсектора, сферы телекоммуникации или банковского бизнеса, большинство учреждений здравоохранения находятся в самом начале пути перехода к комплексной цифровизации. Отсюда следует, что системе здравоохранения требуется создание инновационных цифровых систем, основанных на новых технологиях и способах управления, соответствующих современным условиям.

На сегодняшний день цифровые инновации уже применяются в здравоохранении для прогнозирования спроса на услуги в режиме реального времени, оптимизации лечебно-профилактических мер, ведения электронных амбулаторных карт, осуществляется выдача электронных листов нетрудоспособности, выписка льготных лекарств и электронный учет справок.

К концу 2022 года в России должна полностью сформироваться сеть из 27 национальных медицинских исследовательских центров. Они будут помогать внедрять в больницах инновации и основанные на регулярно обновляемых клинических рекомендациях системы контроля качества медпомощи, которые за шесть лет появятся в 750 медицинских организациях [2].

Так же стоит отметить, что согласно федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» внедряется новая модель медицинской организации на основе «бережливых» технологий.

В России передовыми проектами в сфере цифровизации здравоохранения выступают две информационные платформы:

1. 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. В этом году, в пилотном режиме, заработал личный кабинет «Мое здоровье» на официальном интернет-портале «Государственные услуги».

2.Единая медицинская информационно-аналитическая система Москвы (ЕМИАС), которая работает с 2012 года.

В Волгоградской области с июня 2019 года, в тестовом режиме, внедряется электронный учет справок, выдаваемых медицинскими учреждениями. Так, за июль 2019 года, в медицинской информационной системе «Инфоклиника» сформирован 4821 медицинский документ. Кроме того, за семь месяцев текущего года на прием к врачу с помощью электронной системы записано более 1,3 миллиона пациентов.

Цифровизация медицинского документооборота, с внесением данных в электронную карту пациента, повышает эффективность межведомственного взаимодействия, позволяет отслеживать историю выдачи документов, контролировать их подлинность. Ежемесячно в регионе выдается около 650 электронных листков нетрудоспособности. Информационная система «Инфоклиника» охватывает основные медицинские учреждения области [3].

Чтобы помочь правительствам разных стран осуществлять мониторинг и координацию цифровых проектов в медицине, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) разработала Цифровой атлас здоровья (Digital Health Atlas) – мировое онлайн-хранилище разнообразных инициатив в данной сфере.

При всех положительных показателях цифровизации в сфере здравоохранения, не стоит забывать о тормозящих факторах, неурегулированных моментах:

1.В сфере законодательства только начинается процесс адаптации под новые технологические реалии.

2.Технологический фактор, а именно, недостаточный уровень интеграции в единую сеть и дефицит подключений к сетям высокоскоростного интернета как у врачей, так и у пациентов.

3.Проблема защиты и обработки информации. Люди должны быть уверены, что их персональные данные надежно защищены.

4. Кадровые проблемы. Работники здравоохранения должны получить адекватное обучение, чтобы переход к «цифре» прошел для них максимально легко и комфортно, а также важно предусмотреть последующее методическое сопровождение медицинского персонала.

Есть еще ряд неурегулированных моментов, поэтому многие считают, что на сегодняшний день принятие ряда законов о цифровизации в сфере здравоохранения России является опережающим. Необходимо дорабатывать на законодательном уровне так называемый алгоритм действий. А пациентам необходимо время, чтобы понять удобство и преимущество новых систем в медицине.

Тем не менее, можно сказать, что эпоха цифрового здравоохранения действительно наступила и развивается, так как, во-первых, новое поколение пациентов требует другого подхода к обслуживанию; во-вторых, тщательный анализ требований пациентов позволяет реализовать новые дополнительные услуги; в-третьих, эффективная обработка больших объемов данных упрощает работу медицинского персонала во всех областях; в-четвертых, формируется глобальная сеть здравоохранения, все участники которой активно взаимодействуют и развиваются [1].

#### Список литературы

1. Стефанова Н.А., Андропова И.В. «Проблемы цифровизации сферы здравоохранения: Россия и зарубежный опыт». URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-tsifrovizatsii-sfery-zdravoohraneniya-rossiyskiy-i-zarubezhnyy-opyt>
2. Федеральный проект от 09 августа 2019г. «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/nmits>
3. Официальный информационный ресурс комитета здравоохранения Волгоградской области, «Волгоградцы все чаще записываются на прием к врачу

через систему «Инфоклиника»». URL:  
<http://volgazdrav.ru/index.php/component/k2/item/14407-volgogradtsyi-vse-chasche-zapisyivayutsya-na-priem-k-vrachu-cherez-sistemu-infoklinika.html>

УДК 616.314-089.23

**ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ  
КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
С ПОМОЩЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ  
«ЭЛЕСТОМ»**

**Брагина Марина Геннадьевна**

Аспирант

Россия, Москва, Российский университет дружбы народов  
Научный руководитель: д-р фарм. наук, проф., Фомина А.В.

В последние годы увеличивается количество публикаций, посвященных системе обеспечения и экспертизе качества стоматологической помощи [1-3]. Ряд авторов полагают, что совершенствование процессов организации и оптимизации управленческого процесса базируется на научно обоснованном внедрении систем информационного обеспечения и соответствующих технологий [4-6]. При этом исследователи сходятся в том, что внедрение автоматизированных информационных технологий необходимо проводить в рамках пилотных проектов. Однако к настоящему времени опубликованы лишь единичные работы, посвященные внедрению информационных систем в повседневную деятельность специалистов стоматологической службы [3, 4]. Актуальным представляется проведение исследований, направленных на повышение уровня качества стоматологической помощи с использованием современных информационных технологий.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности внедрения в деятельность стоматологических учреждений медицинской информационной автоматизированной системы.

Проведен анализ клинической результативности и эффективности лечебно-диагностического процесса в стоматологическом центре «Новостом» после внедрения в деятельность специалистов информационной системы в 2015- 2018 гг. Автоматизированная информационная системы «Элестом» была разработана в соответствии с постановлением № 11 Совета Стоматологической Ассоциации России от 21.04.2015 г. Первоначально важнейшей целью использования этой системы явилась адаптация принятых клинических рекомендаций (протоколов лечения) в стоматологии. Дальнейшее совершенствование системы в ходе апробации и использования в реальной практической деятельности специалистов отрасли способствовало увеличению спектра и объема задач, решаемых с ее помощью, а также расширения круга пользователей.

Используя систему «Элестом», специалист при работе с пациентом имеет возможность:

- выставлять предварительный диагноз пациенту на основании перечня рекомендованных протоколом лечения шаблонов, в которых представлены жалобы, объективные данные, методы лечения с указанием обязательных и дополнительных манипуляций, выполняемых при лечении различной стоматологической патологии;

- выбирать определенные медицинские манипуляции, при этом отбирать из предлагаемого перечня стоматологические материалы для использования в ходе выполнения лечебных мероприятий;

- на любом этапе принятия решений (диагноз, диагностика, лечение, применение материалов и оборудования) обращаться к различным разделам программы («Медицинская статистика», «Публикации», «Портфолио») для получения справочной информации;

- формировать портфолио, подбирая информацию, необходимую для подготовки презентаций, аккредитации, обучения специалистов, о результатах лечения, применения различных методов и материалов для проведения лечения.

-осуществлять анализ результатов диагностики и лечения стоматологических пациентов, осуществлять дальнейшее наблюдения за ними.

Результаты исследования показали, что в период 2015–2018 гг. деятельность стоматологического центра осуществлялась на основе внедрения модели управления качеством с помощью системы «Элестом», что отразилось в улучшении целого ряда показателей – индикаторов качества стоматологической помощи, в первую очередь снижением частоты осложнений лечения. Положительной была и динамика показателей, характеризующих «профиль качества» медицинского стоматологического учреждения, что было установлено с помощью метода экспертных оценок: экспертами было отмечено увеличение среднего уровня оценки разнообразия номенклатуры и объема медицинских услуг, стандартизации оказываемых услуг, повышением удовлетворенности пациентов качеством стоматологической помощи и уровнем их обслуживания.

Установлено, что разработанная информационная система обеспечивает руководителям и специалистам в системе оказания стоматологической помощи возможности гибкого управления этой системой, четкую организацию информационных потоков, оперативность и достоверность получаемых сведений, а также возможность контроля и повышения качества оказываемой стоматологической помощи.

Дальнейшее внедрение этой системы в различных медицинских стоматологических учреждениях позволит осуществлять более эффективный контроль качества, мониторинг и оперативный обмен информацией между всеми участниками системы оказания стоматологической помощи населению Российской Федерации.

#### Список литературы

1. Алимский А.В., Гуськов А.В., Морозова С.И. и др. Оптимизация режима работы стоматологических медицинских организаций для улучшения

доступности стоматологической помощи населению // Клиническая стоматология. - 2015. - № 1 (73). - С. 60-62.

2. Бочковская Е.О. Роль и значение медицинской документации для экспертизы качества стоматологической помощи. Обзор литературы (Часть 1) // Клиническая стоматология. – 2017. – № 2 (82). – С. 74-79.

3. Жумабеков А.И. Приоритеты перехода государственной стоматологической поликлиники на уровень передовых информационных технологий // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2015. - № 1 (1). - С. 19-24.

4. Возный А.В. Перспективы использования автоматизированных информационных систем в стоматологии // Вестник ВолГМУ. - 2008. - № 2 (26). - С.59-61.

5. Абросимов А.В., Илюшина М.А., Шеховцова Ж.Б. и др. Формализация процессов планирования и формирования функциональных требований к медицинским информационным системам // Информационные и телекоммуникационные технологии. - 2015. - № 27. - С.10-21.

6. Yamalik N., Van Dijk W. Analysis of the attitudes and needs/demands of dental practitioners in the field of patient safety and risk management // Int. Dent J. - 2013. – Vol.63 (6). – P.291-297.

УДК 61

## **ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ**

**Галкина Елизавета Алексеевна, Грачев Владислав Константинович**

ВИУ РАНХиГС, ВолгГМУ

Научный руководитель: доц. кафедры учета, анализа и аудита,  
канд.экон.наук, Горелова И.В.

По данным ВОЗ термин "цифровое здравоохранение" включает в себя и электронное здравоохранение (eHealth) – предоставление связанной со здоровьем информации, ресурсов и услуг при помощи электронных средств, а также передовые методы вычислительной науки (например, использование больших данных (BigData)) и искусственный интеллект, позволяющий компьютерным системам выполнять задачи, которые, как правило, не могут быть решены без участия человека. [1].

Из технологических аспектов цифровой революции в здравоохранении, способствующих эффективному внедрению электронного здоровья на практике, можно обозначить следующие:

- Использование электронных медкарт и устройств для удаленного мониторинга пациентов во многом связано с применением BigData.
- Удаленный мониторинг пациентов, телемедицина зависят от сетевой доступности и развития технологий «интернета вещей».
- В долгосрочной перспективе ожидается рост использования технологий 3D-печати для создания кожи и органов.

Согласно данным ВОЗ, первой страной, реализовавшей идею электронного здоровья, стала Норвегия. Особое внимание обращено на такое направление e-health, как телемедицина. Всемирная организация здравоохранения даёт такое определение понятия «телемедицина», как «комплексное понятие для систем, услуг и деятельности в области здравоохранения, которые могут дистанционно передаваться средствами

информационных и телекоммуникационных технологий, в целях развития всемирного здравоохранения, контроля над распространением болезней, а также образования, управления и исследований в области медицины» [1]. Особенностью Норвегии является большое число труднодоступных мест и телемедицина там стала прекрасным решением для повышения качества медицинских услуг. В США пациенты, чтобы получить врачебную консультацию могут использовать дистанционные сеансы связи, а также устройства персонального здоровья, которые позволяют осуществлять сбор данных о состоянии организма. В отличие от маленьких по территории стран, России больше нужно развитие технологий, предоставляемых концепцией eHealth, в основном по таким причинам как: 1) большая численность населения, проживающего в удаленных и/или труднодоступных районах, и нуждающегося в высококвалифицированной медицинской помощи; 2) переход к стандартам непрерывного медицинского обучения, что диктует необходимость регулярного повышения квалификации у медицинских работников, при этом формы удалённого обучения, такие как вебинары или селекторные совещания являются наиболее малозатратными; 3) высокая стоимость проезда в специализированные центры для получения специализированной медицинской помощи, особенно на этапе консультативной помощи и принятия тактики ведения пациентов; 4) психологические моменты – «синдром белого халата» создает дискомфорт при очном посещении врача, в то время как мобильное приложение помогает минимизировать эту фобию.

Целью цифровизации здравоохранения является обеспечение медицинской помощи здесь и сейчас: в нужном месте и в нужное время. Достижение этой цели возможно в условиях решения следующих задач:

- 1) повышение доступности медицинской помощи;
- 2) обеспечение непрерывности процесса оказания медицинской помощи;
- 3) увеличение уровня качества оказываемой медицинской помощи;
- 4) обеспечение безопасности пациентов;

- 5) мотивирование пациента к сотрудничеству в процессе лечения;
- 6) обеспечение мониторинга состояния здоровья российской популяции.

Несмотря на растущий успех электронного здравоохранения, у организаций, занимающихся его продвижением, возникает множество сложностей, которые еще не окончательно преодолены, но в для их разрешения проведена огромная работа. Так к основным трудностям можно отнести:

- 1) недостаток навыков для использования технологий e-health со стороны медицинского персонала, особенно в формате «пациент-врач»;
- 2) недостаточную осведомленность пациентов о достоинствах и возможностях e-health;
- 3) отсутствие доверия у пациентов и врачей к новым технологиям в медицинской сфере;
- 4) неполную безопасность e-health, риск неконтролируемого использования персональных и конфиденциальных медицинских данных;
- 5) неразрешенность вопроса о том, кто же должен нести ответственность в случае врачебной ошибки.

В качестве мер по преодолению перечисленных выше сложностей предпринимается следующее. По решению вопроса нехватки знаний, предлагаем систему информационного обеспечения, включающего создание социальной рекламы, информирующей граждан о возможностях, представляющихся с введением электронного здравоохранения, включение соответствующего содержания в основные образовательные программы профессиональных образовательных учреждений среднего и высшего медицинского образования, обучение технологии e-health в рамках курсов повышения квалификации медицинских работников. Что касается недоверия пациентов и врачей к новой технологии, то оно исчезнет только со временем и, разумеется, в случае систематически проводимой работы, сопровождаемой непрерывной рефлексией и коррекцией.

Одним из решений вопроса безопасности является введение процедуры идентификации, контролируемой на государственном уровне. Для оказания медицинских услуг дистанционно оба пользователя: и врач, и пациент должны пройти процедуру идентификации. Каждый врач должен иметь свою цифровую подпись, в таком случае аптека сможет проверить назначения врача, а после хранить эту информацию на случай судебных разбирательств, а также отпускать лекарственные средства, идентифицировав электронную карту пациента.

Таким образом, электронное здравоохранение обладает существенным потенциалом в плане повышения качества медицинских услуг, предоставляемых населению. При этом в существующих в настоящее время условиях возможности эти реализуются далеко не в полной мере. Комплекс мер, включающий использование социальной рекламы, реализацию целенаправленных образовательных программ в рамках среднего и высшего профессионального медицинского образования, дополнительных образовательных программ в системе дополнительного образования взрослых (переподготовка, повышение квалификации медицинских работников), способен в значительной степени повлиять на улучшение данной ситуации.

Список литературы:

1. Основные сведения о цифровых системах здравоохранения. [электронный ресурс]. URL: <http://www.euro.who.int/mediacentre/events/events/2019/02/who-symposium-on-the-future-of-digital-health-systems-in-the-european-region/news/news/2019/02/what-you-need-to-know-about-digital-health-systems>
2. Программа «Цифровая экономика Российской Федерации» (утверждена Постановлением правительства РФ от 28.07.2017 г. № 1632-р)
3. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения

информационных технологий в сфере охраны здоровья» от 29 июля 2017 года, № 242-ФЗ

4. Скрыль Т.В. Инновационно-технологические точки роста как основа новой модели социально-экономического развития РФ // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2017. Т. 6. №2 (19)

УДК 614.2

## **ПЕРЕХОД НА ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ РФ**

**Днепровская Ирина Валерьевна**

канд.экон.наук, доц. кафедры экономики и менеджмента  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

**Орлов Дмитрий Валерьевич**

главный врач ГБУЗ "Городская детская поликлиника №2"

В настоящее время все страны мира подвержены процессам трансформации различных сфер жизни, что, в свою очередь, происходит под воздействием процессов глобализации, а также смены технологического уклада. Одним из таких инновационных аспектов современности, без которого скоро нельзя будет представить функционирование общества, является цифровое здравоохранение.

Цель настоящего исследования – выявить основные направления реализации национальных интересов РФ в рамках перехода на цифровое здравоохранение.

Вопросы внедрения и развития цифрового здравоохранения в РФ затрагивают сразу несколько компонент комплекса национальных интересов [1], а именно: социальную, экономическую, научно-техническую, а также государственную составляющие. Проект «Цифровое здравоохранение» (название выбрано на этапе разработки) являлся частью государственной программы «Цифровая экономика». Проект предусматривал создание новой модели отрасли не только за счет модернизации, но, главным образом, за счет

разработки и внедрения новых информационных технологий, позволяющих собирать и анализировать данные, в том числе и дистанционно на популяционном уровне, которые могут быть использованы для принятия стратегических решений и определять новые перспективные направления в развитии отрасли. Теперь это федеральный проект называется «Создания единого цифрового контура на основе ЕГИСЗ» (Единая государственная информационная система здравоохранения). Отличие от первоначального вида проекта, это отказ от СППВР (системы поддержки принятия врачебных решений, инновационных цифровых разработок и персонализированного мониторинга здоровья пациентов). ЕГИСЗ – это система федерального уровня, которая предлагает ряд удобных сервисов в сфере здравоохранения: от справочной информации до электронной регистратуры, системы документооборота и телемедицины. На сегодняшний день в систему интегрированы более 9 тысяч медицинских учреждений по всей стране. К 2025 году ожидается переход 99% медицинских организаций страны на электронную медицинскую документацию.

Одна из основных задач системы это организация закрытого отраслевого информационного поля для обмена информацией между органами исполнительной власти, государственными медицинскими учреждениями и их всестороннее взаимодействие с государственными Фондами ОМС и ФСС, что успешно реализуется на территории РФ уже порядка 7 лет. Проект включает в себя: разработку технических решений, внедрение МИС (медицинской информационной системы), разработать и внедрить систему электронного медицинского документооборота, подготовку персонала, систему защиты персональных данных пациентов.

В качестве зарубежного примера МИС можно привести систему EHR, которая стандартизирует данные на основе обработки множества медицинских историй с целью дальнейшего обмена между медицинскими организациями и НИИ. В настоящее время около 94% госпиталей в США используют EHR. К

2020 году станет реальностью единая Европейская система медицинских записей.

Одно из направлений, получивших государственную поддержку это модернизация учреждений здравоохранения, куда вошли расходы на оснащение оборудованием, в том числе роботизация оказания медицинской помощи. На данном этапе развития медицинской робототехники, нельзя говорить о полном замещении врача хирургического профиля, но роботизированная хирургия и робот-ассистированные операции пришли на вооружение в специализированные федеральные центры уже более 10 лет назад, это направление работы охватывает такие специальности, как лапароскопическая хирургия, онкология, гинекология, офтальмология.

Перспективным направлениям медицины с точки зрения внедрения современных цифровых технологий можно считать клиническую и лабораторную диагностику. В медицинском лабораторном секторе роботизация (без присутствия) человека давно вошла в практику крупных игроков лабораторного рынка и современные лаборатории – это масштабные заводы по производству анализов.

Использование ИИ-систем в фармацевтической промышленности заявлено как средство изучения химического и биологического взаимодействия лекарственных средств путем построения математических моделей (IBM Watson, GNS Healthcare).

Одно из перспективных направлений является медицинский рынок интернет вещей (The Internet of Medical Things или IoMT) для целей дистанционного персонифицированного мониторинга состояния пациентов, требующих специального медицинского ухода. Данные собираются посредством медицинских устройств и сенсоров, позволяющих контролировать состояние пациентов в любой точке земного шара. Предполагается, что к 2020 году в мире будет использовано не менее 30 млрд подключенных IoMT устройств. Здесь необходимо отметить рост масштабов применения RFID-

меток, позволяющих отслеживать активность медицинского персонала на рабочих местах для контроля исполнения стандартов и алгоритмов, а так же оптимизации работы с целью повышения эффективности. [4]

Телемедицина в России, наконец, получила правовое обоснование, и с успехом внедряется в двух основных видах:

– учреждение-учреждение, когда связь осуществляется посредством единого цифрового контура (ЕГИСЗ);

– врач-пациент, когда связь пациента с врачом осуществляется посредством специальных приложений по защищенным интернет каналам или на площадках организованным в соответствии с федеральным законом. Внедрение видеочатов не может заменить очный прием врача, но позволяет получить экстренную консультативную помощь, решить вопрос об эвакуации и направлении в специализированное медицинское учреждение в любое время суток пациентам, находящимся в отдаленных населенных пунктах.

Таким образом, цифровое здравоохранение, находясь на пике технологических инноваций, способствует реализации сразу четырех компонент модели комплекса национальных интересов. В рамках социальной составляющей КНИ цифровое здравоохранение сделает медицинскую помощь прозрачной, своевременной, качественной и доступной.

В рамках научно-технической составляющей следует отметить рост инновационных и научно-исследовательских проектов в медицинской сфере с участием в разработке и реализации ведущих государственных корпораций «Ростех» и «Росатом», обусловленный серьезной государственной поддержкой развития.

Происходят изменения и в сфере подготовки кадров для отрасли здравоохранения, так в медицинских вузах с 2018 года начался набор студентов по новым специальностям «профессий будущего» сетевой врач, IT-медик, тканевой инженер, нанофармаколог, разработчик систем «умной доставки

лекарств», молекулярный диетолог, специалист по наноматериалам, специалист по управлению геномом.

С позиции государственной составляющей КНИ нельзя не сказать об укреплении социальной, экономической, научно-технической безопасности в результате реализации проектов развития здравоохранения.

В настоящий момент в процессе разработки и внедрения медицинских информационных технологий в систему здравоохранения задействованы ведущие медицинские учреждения, научные базы и государственные корпорации, такое взаимодействие, приносит ощутимые плоды, трансформируя отрасль и определяя приоритетные направления развития здравоохранения РФ в целом.

#### Список литературы

1. Днепроvская, И.В. Национальные экономические интересы: комплексный подход: монография / И.В. Днепроvская; ВолгГТУ. - Волгоград: монография, 2011. – 175 с.

УДК 614.2:338.26:006.4

### **АВТОМАТИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Калиниченко Владимир Иванович**

Генеральный директор, д-р экон. наук, проф.

Россия, ООО «Медицинские Компьютерные Технологии»

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» должен осуществляться с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов

медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

Автоматизированная подсистема «МКТ-Web Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности» (<http://qmac.medcomtech.ru>) – предназначена для проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ и предложениями (практическими рекомендациями) ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора:

1. Приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Предложения Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный институт качества» Росздравнадзора:

2.1. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре);

2.2. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике);

2.3. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории.

Пользователями автоматизированной подсистемы являются:

1. Специалисты Комиссии (Службы) по внутреннему контролю и (или) Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности, проводящие внутренние проверки путем оценки деятельности медицинской организации или её структурных подразделений на соответствие

установленным критериям и определения текущего состояния качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Руководители медицинских организаций для анализа осуществляемой деятельности на соответствие установленным критериям и определения текущего состояния качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

Автоматизированная подсистема обеспечивает:

существенное сокращение трудозатрат и времени на проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

эффективное взаимодействие всех участников процесса в единой информационной среде в автоматизированном режиме в режиме «on-line»;

выявление существующих проблем, требующих решения на разных уровнях (медицинской организации, регионального (муниципального) органов управления);

формирование в автоматическом режиме плана корректирующих мероприятий для устранения выявленных несоответствий требованиям обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

формирование в автоматическом режиме уровня качества и безопасности медицинской деятельности медицинских организаций в соответствии с градационными шкалами с графической визуализацией результатов в целом, а также по показателям и критериям.

регулярный контроль выполнения плана корректирующих мероприятий с ответственными и сроками для устранения выявленных несоответствий.

Что даёт использование автоматизированной подсистемы:

1. Специалистам комиссии (службы) по внутреннему контролю и (или) Уполномоченному лицу по качеству и безопасности медицинской деятельности, проводящим внутренние проверки путем оценки деятельности медицинской организации или её структурных подразделений на соответствие установленным критериям и определения текущего состояния качества и

безопасности медицинской деятельности:

1.1. Автоматизировать проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с использованием проверочных листов в зависимости от документа, наименования медицинской организации, вида и/или профиля деятельности по соответствующим направлениям медицинской деятельности для определения текущего состояния («как есть»).

1.2. По результатам оценки деятельности медицинской организации в целом определить уровень качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с градационной шкалой.

1.3. В режиме «on-line» с использованием графического представления результатов оценки:

1.3.1. Выявить по каким направлениям в медицинской организации существуют проблемы, требующие решения.

1.3.2. Определить по каждому направлению медицинской деятельности показатели, по которым медицинская организация не соответствует требованиям обеспечения безопасности.

1.3.3. Определить по каждому показателю критерии, по которым медицинская организация не соответствует требованиям обеспечения безопасности.

1.4. Сформировать отчёт для разработки детального плана корректирующих мероприятий с ответственными и сроками для устранения выявленных несоответствий.

1.5. Проводить регулярно (в соответствии с регламентом) проверки по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

1.6. Проводить регулярно (в соответствии с регламентом) анализ результатов внутренней проверки и разработку плана корректирующих мероприятий.

2. Руководителям медицинских организаций для анализа осуществляемой деятельности на соответствие установленным критериям и определения

текущего состояния качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации:

2.1. В режиме «on-line» с использованием графического представления результатов оценки видеть текущее состояние уровня качества и безопасности медицинской деятельности («как есть»), а также предыдущие результаты оценок.

2.2. В режиме «on-line» с использованием графического представления результатов оценки видеть:

2.2.1. По каким направлениям в медицинской организации существуют проблемы, требующие решения.

2.2.2. Показатели по каждому направлению медицинской деятельности, по которым медицинская организация соответствует и/или не соответствует требованиям обеспечения безопасности.

2.2.3. По каждому показателю критерии, по которым медицинская организация соответствует или не соответствует требованиям обеспечения безопасности.

2.3. Регулярно контролировать выполнение плана корректирующих мероприятий с ответственными и сроками для устранения выявленных несоответствий.

Автоматизированная подсистема «МКТ-Web Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности» отмечена дипломом АРМИТ «Золотой MedSoft-2019» в номинации «Системы оценки качества».

УДК. 614.2

## **РАЗВИТИЕ ТЕЛЕ- И ANTI-AGE МЕДИЦИНЫ В РОССИИ**

**Мазница Елена Михайловна**

Россия, Волгоградский государственный технический университет  
канд.экон.наук, доц. кафедры цифровой экономика и технологии управления  
в городском хозяйстве»

Ключевые слова: антивозрастная медицина, активное долголетие, телемедицинский сервис

Аннотация: в тезисах кратко рассказывается о развитии в России телемедицинских и антивозрастных сервисах, их необходимости и специализации

Еще недавно люди обращались к медицине только в случае болезни. С ростом благосостояния и увеличением срока жизни в развитых странах растет спрос на превентивную медицину – способы сохранить и улучшить здоровье с помощью изменения образа жизни, современных точных исследований и персонально подобранной терапии. Сегодняшний научный прорыв в области генетики и биоинформатики и приход технологических стартапов позволяют медицине быстро двигаться от рекомендаций по здоровому образу жизни для всех к персонализированным программам на основе современных и высокоточных диагностических исследований вроде ДНК-тестов, которые теперь продают за пару сотен долларов. Это делает тему данных тезисов особенно актуальной.

Год назад на такой же конференции мы сообщили о сервисе QAPSULA. Консультацию медика можно получить в любое время и в любом месте. Достаточно иметь выход в Интернет. Основную модель монетизации сервиса планировали строить на взаимодействии врачей с пациентами. Однако QAPSULA разработала и внедрила телемедицину для фармкомпаний, сетей частных клиник. Эта ниша была практически свободной. Фармкомпании и клинические фонды выполняют роль партнеров. Благодаря QAPSULA они

могут улучшить комплаенс – сервис, что может помочь пациенту регулярно и правильно принимать препарат, выполнять рекомендации врача[1].

Новым направлением для сервиса QAPSULA стала антивозрастная (anti-age) медицина. Человечество живет все дольше и дольше. Растет продолжительность жизни и в России. И для российского здравоохранения это вызов по продлению активной, полноценной жизни и формированию позиции активного долголетия. Создатели сервиса QAPSULA anti-age направление выделили в антивозрастной сервис ООО «КАПСУЛА ЛОНЖЕВИТИ». Считается, что в государственном бюджете России нет достаточного объема средств на то, чтобы обеспечивать все медицинские, а тем более, антивозрастные мероприятия. Для решения этой проблемы используется, в том числе и государственно-частное партнерство (ГЧП). За рубежом это альтернативный механизм финансирования стратегически важных отраслей, находящихся в ведении государства, что позволяет стимулировать сторонних инвесторов к вложению средств в новые проекты. Таким образом, тема исследования является весьма актуальной.

Материалом исследования послужила деятельность компаний по разработке и внедрению мероприятий развития активного долголетия. В рамках взаимодействия с ESSAM (Европейской Ассоциацией антивозрастной медицины), президентом которой был недавно избран А.И. Труханов, председатель Правления АНО Содействие развитию инноваций в медицине и образовании «Национальная Академия активного долголетия», разрабатываются и внедряются новые услуги по продлению жизни и созданию условий для активного долголетия. В деятельности нового сервиса также активное участие принимает профессор МФТИ, ведущий научный сотрудник Института молекулярной биологии РАН Алексей Москалев. На основании его научных разработок сервис «КАПСУЛА ЛОНЖЕВИТИ» работает по следующим направлениям:

-повышение продолжительности жизни;

- инновации в здравоохранении;
- генетика и эпигенетика старения;
- антивозрастная медицина;
- биомаркеры старения;
- активное долголетие и т.д.

Результатом исследования можно считать констатацию развития в России различных антивозрастных сервисов, которые далеко не всегда вписаны в государственные программы активного долголетия. Ассоциация Антивозрастной медицины получила поддержку Главы попечительского совета «Опора России» Сергея Борисова. Задачами организации станет ведение совместной научной работы, проведение форумов, конгрессов с привлечением ведущих учёных разных стран, большая просветительская работа для достижения высоких целей в области антивозрастной медицины и продления активного долголетия.

Обсуждая результаты, можно отметить, что различные проекты анти –age медицины, например, проект Bioagecontrol, объединили в себе разработки в области оценки скорости старения пациентов, и с помощью медицинской платформы Capsula каждый человек может в течение длительного времени мониторить свои клинические показатели, а в случае их отклонения от референсных, получать ссылки на научные публикации с целью информирования о путях возможной коррекции.

Сбор большого массива генетических данных остается задачей ближайшего будущего. Чем больше данных, тем больше шансов обнаружить новые закономерности экспрессии генов и дать более точные оценки рисков для здоровья. А значит, эффективнее бороться с основными болезнями XXI века: раком и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Развитие машинного обучения позволит диагностировать болезни и спасать жизни на основе анализа больших данных, например, «увидеть» рак кожи на селфи в инстаграме или вызвать скорую, заметив опасное отклонение жизненных показателей,

передаваемых на сервер клиники вашими «умными» часами. Наряду с развитием превентивной медицины специалисты продолжают искать «таблетку от старости». Такой препарат с помощью искусственного интеллекта ищет российская компания, основанная ученым Александром Жаворонковым. Поклонники этих идей ждут, что в ближайшем будущем будет разработан этический кодекс для использования технологии CRISPR/Cas: она позволяет «редактировать» геном на стадии эмбриона.

100 - 120-летние пенсионеры (при этом чувствующие себя на 40) скоро станут новой нормой, по крайней мере, это обещают медтех-стартапы, финансируемые самыми богатыми людьми планеты. Стоит ежегодно проходить чекапы, бросить курить, начать питаться правильно, заниматься физкультурой и сократить экранное время.

Вывод. Задачей данных тезисов не является подробный анализ деятельности телемедицинских антивозрастных сервисов, статья призвана кратко информировать о самом наличии подобных организаций в стране. Например, в программу страхования жизни для клиентов Premium Banking Райффайзенбанка включены ежегодные чекапы: программы обследований с учетом пола, возраста и наследственных предрасположенностей, так что клиентам не нужно самостоятельно в этом разбираться. Есть страховые продукты, позволяющие организовать лечение за рубежом, если серьезная болезнь всё-таки случилась. Более полную информацию можно найти на интернет-страницах указанных сервисов.

Список литературы:

1. <https://www.qapsula.com/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4931851/> и <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425127/>
3. Мазница Е.М. Телемедицинский сервис как новая форма в организации здравоохранения // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и

риски XXI века: межвуз. сб. по результатам науч.-практ. конф. (г. Волгоград, 8-9 ноября 2018г.) / Волгоград: изд-во ВолгГМУ, 2018.

УДК 65.012.7

**ОЦЕНКА АКТУАЛЬНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
ПРИНЦИПОВ «БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА»  
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Манычева Алла Валерьевна, Ефимова Юлия Дмитриевна**  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д-р экон.наук, проф. Косинова Н.Н.

В октябре 2016 года правительством РФ принято решение о начале широкомасштабного применения философии, принципов и инструментов бережливого производства (БП) в здравоохранении. С 2019 года приоритетный проект становится частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». В создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» будут участвовать 85 субъектов Российской Федерации и более 6,5 тыс. поликлиник [4].

С 26 июля 2017 года по 1 апреля 2023 года Минздрав РФ реализует приоритетный проект «Бережливая поликлиника», который направлен на решение основных проблем системы здравоохранения - потерь временных и денежных ресурсов, доступности и качества медпомощи [2].

Повышение эффективности здравоохранения и качества представляемой медицинской помощи становится одной из приоритетных задач Правительства РФ. Результатом, который хотели получить от внедрения данной программы является применение принципов БП в здравоохранении в медицинских учреждениях, а, именно, увеличение времени работы врача с пациентом, сокращение времени оформления записи на приём к врачу, и времени ожидания пациентом врача у кабинета.

В основу БП взята философия непрерывных улучшений — Кайдзен и уверенность в том, что абсолютно все можно и нужно улучшить через неуклонное стремление к устранению всех видов потерь, что поможет добиться сокращения длительности оказания услуги (в данном случае), снижения себестоимости, повышения качества услуги, сокращения запасов, улучшения условий деятельности персонала. И создаст условия для получения дополнительных доходов (например, если сократить временные потери при оказании услуг, то появится возможность для оказания платных услуг).

Стратегия улучшения предполагает вовлечение в процесс оптимизации предприятия каждого сотрудника и максимально должна быть сконцентрирована на потребностях потребителя, в нашем случае – пациента [1]. Любые действия должны приводить к повышению удовлетворенности медперсонала и пациента. При выявлении проблем надо фокусироваться на способах улучшения, которые помогут устранить недостатки. Ориентация на БП обеспечивает ряд преимуществ: изменяется культура управления предприятием, взаимоотношения между различными уровнями управления, система ценностей персонала; снижается себестоимость и трудозатраты, сроки изготовления продукции, без потери качества.

Внедрение концепции БП в сфере здравоохранения должно сделать предприятие привлекательным для инвестирования: привлечение инвесторов в государственное медицинское учреждение, способствует приобретению новых технологий, привлечению новых квалифицированных специалистов, обучению и повышению уровня уже работающего персонала.

Если говорить о постоянном стремлении к устранению всех видов потерь при БП, учитывая имеющуюся систему оплаты случаев оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, основное внимание акцентируется на качестве медицинских услуг, а не оптимизации затрат на прочие услуги (коммунальные, электроэнергия), а также рациональному использованию коечного фонда, оборудования, а это приводит

к временным и финансовым потерям. При сокращении этих потерь появится возможность перенаправить сэкономленные средства на развитие новых медицинских технологий.

Ценность - одно из базовых положений БП. Врач измерит ценность, отталкиваясь от полученного лечебного эффекта, а пациент – от улучшения состояния здоровья. Для анализа системы здравоохранения оценка эффективности и ценности рассчитывается по глобальным показателям, таким как, выявляемость заболеваний при диспансеризации, эффективность вакцинации, снижение заболеваемости и смертности, а для расчета ценности различных видов и сравнения различных методов лечения была предложена интегральная и универсальная оценка эффекта - один год качественной жизни (QALY). В реальных ситуациях все процессы в медицинской организации не всегда направлены только лишь на создание ценности. Виной тому являются потери, (материальные, временные, и т.д.), что, в конечном счете, влияет на удорожание производства услуг. Устранение потерь - второе положение в БП.

На одном из первых семинаре- совещании в Ярославской области в пилотных медицинских организациях были отмечены такие результаты по проекту: очереди сократились в 8 раз, время ожидания приема врача у кабинета - в 12 раз [5].

По результатам исследования, которое проводил Фонд общественного мнения, здравоохранение входит в топ-5 наиболее остро волнующих граждан сфер жизни. На первом этапе в поликлиниках-образцах был проведен анализ, выявивший системные проблемы, которые требуют изменения подходов к организации труда медиков и стандартизацию процессов работы поликлиники, а далее мероприятия направленные на оптимизацию процессов оказания медицинской помощи: ремонт, перепланировка, организация колл-центров, внедрение информационных технологий. При этом следует учесть, что лишь 38% пациентов приходят в поликлинику с профилактической целью, остальные 62% посещают врачей по поводу обострений и новых заболеваний. При запуске

программы БП, хотелось получить иные результаты, чтобы 60% пациентов приходили в поликлиники с целью профилактики, а 40% - при заболеваниях, и тут становится важным: комфортность при посещении поликлиник, квалификация персонала, удобная запись на прием, понятная маршрутизация, доступность в оптимальные сроки профилактических мероприятий. В реализации этих требований эффективно помогают медицинские страховые компании.

Мнение людей о реализации проекта «Бережливая поликлиника» в Камчатском крае не совпадает с тем, о чем сообщают местные чиновники из Министерства здравоохранения. Опрос более 400 человек, от 25 января опубликованный информагентством «Кам 24» на своем сайте, показал, что 47% респондентов не заметили улучшений, связанных с реализацией проекта «Бережливая поликлиника»; 41% заявили, что ситуация лишь ухудшилась; 10% считают, что изменения в лучшую сторону есть, однако они незначительны; и лишь 2% опрошенных отметили, что качество услуг в медицине стало гораздо лучше [5].

Проанализировав ситуацию, мы можем дать несколько ответов на вопрос с чем это связано и какие проблемы не решаются методами БП, это касается внешних проблем: кадровая ситуация в медицинской организации; увеличение объема оказываемых платных медицинских услуг; обучение персонала IT-навыкам; психологические особенности поведения посетителей медицинской организации.

Модель «бережливой поликлиники» Минздрав представит к концу 2019 года, по сообщению Zdrav.ru. Ведомство уже разработало 21 критерий, который составит ее основу [6]. Министерству следует обязательно учесть и внешние факторы, проблемы, которые могут помешать внедрить данный проект в том объеме, в котором он задумывался. Критерии касаются перераспределения потоков пациентов, качества пространства, медицинского персонала, стандартизации процессов, доступности медицинской помощи, формирования

системы управления. За 3 года действия проекта на бережливые технологии перешли уже более 2 тыс. поликлиник, в планах - стационары.

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: 05.09.2019).

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

3. Официальный сайт Общероссийского народного фронта URL: <https://onf.ru/2018/08/15/gavrilov-pokazatel-obespechennosti-vrachami-i-srednim-medpersonalom-v-selskoy-mestnosti/> (дата обращения: 15.09.2019).

4. Официальный сайт Информационного агентства ТАСС

URL: <https://tass.ru/obschestvo/4862158> (дата обращения: 08.09.2019)

5. Официальный сайт информационного агентства Красная Весна URL: <https://rossaprimavera.ru/news/e098b7ba> (дата обращения: 14.09.2019).

6. Официальный сайт для работников сферы здравоохранения <https://www.zdrav.ru/news/1088671-berejlivost-poliklinik-otsenyat-po-21-kriteriyu> (дата обращения: 08.09.2019)

УДК 004.896: 613

**МЕНЕДЖМЕНТ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК  
ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЦИФРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**Молодцова Ирина Александровна, Максимова Елена Александровна**  
Россия, Волгоградский государственный университет

В настоящее время, в условиях развития цифровой экономики, внедрение медицинских информационных систем (ИС) позволяет детализировать и систематизировать огромный объем данных о пациентах, кадровому составу, бухгалтерской отчетности, материально-техническом оснащении, правовом регулировании, что требует комплексной оценки социальных, технических, экономических, психологических эффектов, поскольку они связаны с данными о состоянии здоровья людей [1, 2].

Одним из наиболее критичных видов информации являются отраслевые персональные данные. Согласно результатам исследования Ponemon Institute, доля утечек медицинской информации за период 2010 - 2016гг. возросла в 2,5 раза. По данным McAfee Labs и Trend Micro одной из главных киберугроз для медицинских организаций в 2016г. стали программы-вымогатели. Летом 2017г. в Великобритании киберпреступники похитили 1,2млн. записей Национальной службы здравоохранения (NHS), в Бельгии — данные более 500 тыс. пациентов, в Америке скомпрометировали сведения около 300 тыс. человек. Исследования Juniper Research показывают, что к 2020 году средняя стоимость нарушения безопасности медицинских данных превысит \$150 миллионов. Прогноз развития ситуации становится еще более негативным, когда передовые технологии безопасности внедряются в устаревшую модель управления IT и данными [3, 4, 5]. Таким образом, на современном этапе развития цифрового здравоохранения наиболее актуальным является вопрос исследования особенностей менеджмента информационной безопасности.

Менеджмент информационной безопасности, согласно стандарту ИСО/МЭК 27001, состоит из мероприятий, направленных на достижение и

поддержку соответствующих уровней конфиденциальности, целостности и доступности информации [5]. Большая часть информации аккумулируется в медицинских организациях в различных информационных системах: расчета заработной платы на базе SAP HCM; управления персоналом (ИСУПО) на базе SAP ERP Human Capital Management (SAP HCM), ТОРО (ИСУ ТОРО) на базе SAP PM, материально-техническими ресурсами (ИСУ МТР) и договорной деятельностью на базе SAP MM/WF, бухгалтерским и налоговым учетом (БиНУ) на базе SAP FI/FI-SL, основными средствами (ИСУ ОС) на базе SAP FI-AA; подсистема планирования на базе SAP BI; медицинские информационные системы Infoclinica и PICS (РИС PICS). Функционирующие в поликлиниках информационные системы не обеспечивают достаточную надежность хранения, поиска и обработки информации в связи с зависимостью ее работы от характеристик человеческого фактора.

Риск информационной безопасности в медучреждениях увеличивается с увеличением количества пользователей ИС. Конфиденциальность, целостность и доступность информации могут быть нарушены в результате действий внутреннего и внешнего злоумышленника. В качестве категорий злоумышленников рассмотрим сотрудника медучреждения и неавторизованного пользователя (таблица 1).

**Таблица №1**  
**Угрозы информационной безопасности медучреждения**

№ п/п	Источник угрозы	Возможные угрозы
1	Сотрудник	1)учетные записи уволенных сотрудников удаляются из ИС с запаздыванием в 1-2 дня; 2)передачи защищаемой информации из ИС через различные типы сетевых соединений, включая сети связи общего пользования; 3)неправомерная запись защищаемой информации на неучтенные съемные машинные носители информации;

		<p>4)неправомерный вывод на печать документов, содержащих защищаемую информацию;</p> <p>5)хранения информации на общих сетевых ресурсах (общие папки, системы документооборота, базы данных, почтовые архивы и иные);</p> <p>б)искажения, фальсификации, переадресации, несанкционированное ознакомление и (или) уничтожение, распространение, ложная авторизация;</p> <p>7)отсутствие расследований событий, связанных с инцидентами информационной безопасности (ИБ);</p> <p>8)отсутствие внутренних документов, регламентирующих деятельность в области обеспечения ИБ, в первую очередь, работников, имеющих максимальные полномочия по доступу к защищаемым информационным активам;</p> <p>9) прямое нецелевое использование предоставленного ему в порядке выполнения служебных обязанностей контроля над активами либо нерегламентированная деятельность для получения контроля над активами</p>
2	Неавторизованные пользователи (потенциальные пациенты)	<p>1)допуск доступа из публичной сети к серверу по протоколу Telnet, в том числе в гостевом режиме (ID=guest);</p> <p>2)физическое уничтожение, извлечение носителя с конфиденциальной информацией, использования вычислительных ресурсов «паразитными» процессами;</p> <p>3)атаки из вне, не законное копирование, разрушение оборудования</p> <p>4)прослушивание трафика, уничтожение линий передачи, искажения XML-схемы;</p> <p>5)обнаружения открытых портов, обход некорректно настроенных механизмов аутентификации, заражение DNS-кеша</p>

Результат анализа показал, что персональные данные сотрудников организации менее защищены, чем пациентов, что создает дополнительные финансовые и нематериальные риски и требует разработки дополнительных мероприятий по защите информации. На фоне повышенных требований к ИБ

организаций системы здравоохранения, в условиях дефицита медицинских кадров повышается их информационная нагрузка, что может привести к искажению информации, провоцировать конфликтные и стрессогенные ситуации, ухудшать здоровье сотрудников и репутацию учреждения. В условиях перехода к цифровой экономике для повышения «надежности» человеческого фактора при работе в информационном пространстве актуальным является развитие нового направления - цифровой (информационной) гигиены.

Таким образом, цифровые технологии создали новые угрозы ИБ. Недостаточно развитая инфраструктура системы информационной безопасности цифрового здравоохранения является фактором риска регулярных утечек информации в медицинских учреждениях. Это требует развития системы менеджмента ИБ как необходимого условия функционирования системы здравоохранения в условиях цифровой экономики.

#### Список литературы

1. Долинская Ю. В., Князюк Н.Ф. Совершенствование деятельности медицинской организации на основе интегрированной системы менеджмента качества // Бизнес-образование как инструмент инновационного развития экономики : матер. науч.-практ. конф. ФГБОУ ВПО «ИГУ». - Иркутск : Изд-во ИГУ, 2013. - С. 110-114.
2. Носаль И.А. Обоснование мероприятий информационной безопасности социально-важных объектов: автореф. дис. ... канд. тех. наук. - СПб., 2016. - 16 с.
3. ГОСТ Р 56838-2015. Информатизация здоровья. Менеджмент информационной безопасности удаленного технического обслуживания медицинских приборов и медицинских информационных систем. Часть 2. Внедрение системы менеджмента информационной безопасности. - Москва: Стандартинформ, 2016. - 121с.

4. Евдокимова Е.Г. Процессно - ориентированное управление качеством услуг в здравоохранения: автореф. дис. ... канд. эконом. наук. - М., 2016. - 26 с.

5. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. Моделирование системы менеджмента информационной безопасности медицинской организации // Врач и информационные технологии. - 2015. - №1. - С.62-69.

УДК 36:614.2

## **ИННОВАЦИОННЫЙ КОНТУР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

**Фингер Дмитрий Торstenович.**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд. экон. наук, доц кафедры  
экономики и менеджмента Кукина Е.Н.

Инновационный путь развития здравоохранения в современных реалиях нашей страны, столкнувшейся с глобальным финансовым кризисом и выраженным кадровым дефицитом высококвалифицированного медицинского персонала, на сегодняшний день является наиболее приоритетным вектором развития для Российской Федерации.

Преемственность накопленного уникального опыта и современных медицинских технологий множеством муниципальных лечебно-профилактических учреждений страны от высококласных специалистов федеральных центров российского здравоохранения является наиболее актуальной задачей отечественной медицины. При этом особая роль уделяется желательному снижению финансовых и ресурсных затрат на их реализацию.

Под термином «инновации» в системе здравоохранения необходимо понимать целенаправленные преобразования всей отрасли, включая её организационную структуру и экономическую составляющую, направленные

на снижение количества потребляемых ресурсов и повышения качества оказываемых услуг населению.

В сфере здравоохранения «инновации» можно разделить по следующим критериям:

1) Технологические медицинские инновации – появление новых методов лечения с помощью уже существующих лекарственных средств или медицинского оборудования, путём их улучшения или комбинации их применения.

2) Организационные инновации – реструктуризация существующей «управленческой» системы в здравоохранении, улучшение условий труда.

3) Экономические инновации – внедрение современных методов планирования и финансирования отрасли, анализ деятельности ЛПУ.

4) Информационные инновации – внедрение в медицинских организациях нового программного обеспечения, целью которого являются сбор, анализ и хранение поступающих в эти организации данных.

Инновационный путь развития отечественного здравоохранения является наиболее оптимальным для отрасли, так как он позволит кардинально увеличить продолжительность жизни и снизить смертность россиян.

Правительством нашей страны принят ряд мер, обеспечивающих данный вектор развития. Прежде всего, выработана долгосрочная концепция социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, утверждённая распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р [1], издан указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [2], принят национальный проект «Здравоохранение» [3]. Указанные законодательные акты помогут формированию системы, направленной на доступность медицинской помощи и повышения эффективности её оказания для граждан.

Одним из путей реализации указанных мер является формирование инновационно-ориентированных кластеров, то есть объединения компаний поставщиков и услуг, научно-исследовательских организаций и образовательных учреждений, связанных между собой территориально и функционально, обеспечивающих работу специалистов различного профиля в едином направлении для решения конкретных задач. Преимуществом данного подхода является переориентация вектора региональной политики – происходит конгломерация учреждений различных видов деятельности для обеспечения реализации конкретно поставленной цели, а деятельность администрации региона направляется на укрепление и развитие межведомственных взаимоотношений, вместо поддержки отдельных организаций. Важным направлением кластерного подхода является продвижение на рынке конечного продукта деятельности кластера путём его коммерциализации. Высокую эффективность кластера также должно обеспечить доленое участие, как частных инвесторов, так и государства, благодаря чему взаимосвязь между бизнесом и государством станет более простой и прозрачной. Целью данной стратегии в сфере здравоохранения должны стать разработка, внедрение и реализация медицинских инноваций. [4,5].

Реализация описанного сценария позволит приблизить имеющийся уровень оказания медицинских услуг населению лечебно-профилактическими учреждениями к мировым стандартам, ввести в систему здравоохранения элементы рыночных отношений, дать ощутимый толчок научно-техническому прогрессу для развития и создания новых технологий, направленных на медицину, поможет перейти на новую организационно-управленческую и финансово-экономическую модель отрасли.

Для принятия нового пути развития здравоохранения необходимо произвести ряд мер:

1) Переоснастить существующие ЛПУ современным инструментально-диагностическим оборудованием и создать операционные блоки, отвечающие современным стандартам;

2) Повысить уровень подготовки и квалификации медицинского персонала.

3) Создать условия для эффективного внедрения в ежедневную практику ЛПУ инновационных разработок.

4) Обеспечить переход ЛПУ на современные международные стандарты оказания медицинской помощи населению.

Переход системы здравоохранения на новую инновационную модель развития на первоначальном этапе потребует значительных субсидий со стороны государства, но по мере привлечения капитала частных инвесторов и внедрения разработанных инноваций в практику ЛПУ, даст ощутимый результат и станет мощным стимулом развития как отрасли здравоохранения в целом, так и связанных с ней отраслей.

#### Список литературы.

1) 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> (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года") [Электронный ресурс] URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/)

2) О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 [Электронный ресурс] URL:<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038>

3) Новые перспективы Национального проекта «Здравоохранение» [Электронный ресурс] URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/07/18/8578-novye-perspektivy-natsionalnogo-proekta-zdravooohranenie>

4) Сибурин Т.А. Управление здравоохранением: о путях перехода к инновационно-стратегической модели развития // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2007. - №2. – С.

5) Шинкевич А.И., Малышева Т.В., Зарайченко И.А.. Концепция формирования отраслевых инновационных кластеров. // Вестник КГТУ 2011. - №22.

УДК 614.2, 65.012, 004.05, 004.91, 005

## **АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ "САМСОН"**

**Шматко Алексей Дмитриевич**, д-р экон., наук, проф.,

**Юрова Валентина Александровна**, канд. физ.-мат.наук.

Россия, г. Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный  
медицинский университет им. И. И. Мечникова,  
кафедра кафедры медицинской информатики и физики

Современные лечебно-профилактические организации занимаются решением многих медицинских и социальных вопросов. Их деятельность связана с ведением историй болезни и обращений пациентов в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), организация и распорядок работы, приема специалистов, назначений и направлений к специалистам и сдаче анализов [1]. При этом вся деятельность ЛПУ должна быть согласована с нормативной базой законодательства РФ и приказами и постановлениями министерства здравоохранения и государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Развитие инфокоммуникационных технологий и программной инженерии позволяет повысить эффективность лечебно-профилактического процесса при уменьшении трудоемкости процесса ведения документации и организации

работы ЛПУ. Одной из разработанных и внедренных новых медицинских информационных систем (МИС) для автоматизации процессов управления медицинским учреждением и его персоналом является «САМСОН» (ООО «САМСОН Групп», г. Санкт-Петербург) [2 – 3]. Этот программный комплекс позволяет учитывать и накапливать большой объем многолетних данных, анализировать и оценивать их, прогнозировать сведения по основным направлениям деятельности медицинского учреждения, вести планирование и организацию работы, отчетную документацию ЛПУ.

Целью работы было исследование функциональных и технических возможностей МИС «САМСОН» и ее соответствие требованиям Минздрава России по организации и ведению работы ЛПУ с использованием автоматизированных информационных комплексов. Для этого был проведен сбор и анализ на основе приказов и рекомендаций Минздрава России, документации по программному комплексу, материалов-презентаций компании разработчика рассмотренной информационной системы, а также отзывов пользователей для получения более объективных результатов.

В ходе исследования были изучены используемые принципы построения архитектуры программирования и структуры МИС «САМСОН», характеристики аппаратных средств для работы с этим программным комплексом, проведено их сопоставление с требованиями Минздрава России [4–6]. МИС возможно установить на одном или нескольких рабочих компьютерных местах в одном ЛПУ. Из-за предпосылки работы с большим объемом информации (базы данных пациентов, сотрудников и т.д.) необходимо обеспечение большого объема дискового пространства даже на рабочей станции (объем сервера определяется количеством подключенных к нему подстанций). Серверы работают на основе дистрибутива операционной системы (ОС) Linux, при этом рабочие станции могут функционировать как на Linux, так и с ОС Windows. Такое решение носит некоторое преимущество перед некоторыми другими МИС, т.к. в случае небольшого бюджета ЛПУ есть

возможность обойтись установкой на рабочих станциях свободной ОС Linux. При этом сохраняется эффективность работы с данными и быстрое действие при работе в МИС. Рассмотренная в качестве примера МИС «САМСОН» обладает полноценным функционалом и структурой, которые обеспечивают ввод, хранение, обработку (статистическую, аналитическую, финансовую), и передачу информации об обслуживании пациентов в ЛПУ. МИС выполняет основные функциональные сервисы комплекса, такие как: электронная регистратура, учет случаев обслуживания, тарификация услуг, медицинские протоколы, медицинские направления, коечный фонд, учет питания, составление расписания и учет рабочего времени персонала. Комплекс состоит из функциональных механизмов управления данными о пациентах, первичных документах, взаиморасчетах, планировании врачебной деятельности, справочной информации. Эти данные хранятся в единой базе. Для доступа к ним используются разнообразные интерфейсы, например административный интерфейс служит для оперативного управления хранилищем данных. Клиентский (рабочая станция) – реализует ролевой доступ пользователей. С помощью веб-интерфейса осуществляется интеграция с внешними информационными системами. Специальные интерфейсы обеспечивают интеграцию с региональной системой взаиморасчетов и медико-экономическими стандартами (МЭС). Интерфейс содержит типовые элементы управления, характерные для справочных баз данных. Также МИС обеспечивает интеграцию с лабораторными информационными системами и хранилищем снимков. Удобна функция расшифровки кодов и сокращенной аббревиатуры, используемой в документации, путем наведения курсора мыши на поле с этими данными. Все формы регистрации обращений в различные подразделения ЛПУ соответствуют приказам министерства здравоохранения РФ, есть возможность вывода полной информации по ведению конкретных пациентов. В процессе организации работы ЛПУ наблюдается некоторая повторяемость событий (например, в графиках приема врачей, планов

вакцинаций и т.п.), поэтому полезным является наличие функции создания и редактирования шаблона, включение которой позволяет автоматизировать заполнение определенных полей.

Регулярное ведение отчетности и мониторинга здоровья населения с обработкой больших объемов информации по различным параметрам и требуемых форм отчетности в соответствии с приказами министерства здравоохранения и государственного санитарно-эпидемиологического надзора подразумевает наличие комплекса по составлению документов в соответствие с формами государственного образца. В данной МИС содержится полная база форм отчетности, которая формируется автоматически при выборе соответствующего вида документа с установленными в процессе параметрами отбора. Формы составлены разработчиком с учетом требований Минздрава России к ним.

Таким образом, на основании полученной информации можно сделать вывод о преимуществах использования рассмотренной МИС. Был проведен анализ структуры работы МИС и особенности механики данной структуры с технической точки зрения. Стоит отметить, что МИС обладает полноценным функционалом информационной системы данных для организации работы, ведения документооборота современного многофункционального ЛПУ, и полностью соответствует требованиям, предъявляемым к программно-аппаратному обеспечению для осуществления деятельности ЛПУ и связи между ними. Эта информационная система также обеспечивает широкий спектр работы с данными ЛПУ, их анализу по разным критериям и представления в различных типах отчетности, соответствующей приказам Минздрава России и санитарно-эпидемиологической службы. Также в МИС предусмотрены представления по нужному типу планов и отчетности сведений, возможности составления по сформированным ранее шаблонам и использованию фильтров, обмен данными между организациями, осуществляющими документооборот через рассматриваемую систему. К

преимуществам этой МИС следует отнести единую базу данных пациентов, возможностей анализа и отбора данных, осуществление логического контроля базы данных на повторяемость, ошибки заполнения и т.п. Это позволяет отказаться от использования нескольких специализированных программных средств, с помощью которых реализуются ограниченное количество задач и улучшить эффективность работы ЛПУ.

Список литературы.

1. Двойников С. И. Организационно-аналитическая деятельность: учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с.

2. Интернет-ресурс: <https://samson-rus.com>

3. Когаленок В.Н., Зеленин В.Ю. МИС «Комплекс Программных Средств «Система Автоматизации Медико-Страхового Обслуживания Населения» «САМСОН» Свидетельство о регистрации № 2012616227 Российская Федерация; ООО «САМСОН Групп»

4. Интернет-ресурс: [www.rosminzdrav.ru](http://www.rosminzdrav.ru)

5. Интернет-ресурс: <https://78centr.ru/>

6. Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»

## **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

УДК 331.1:65.01

### **УПРАВЛЕНИЕ СРОКАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Герасименко Ольга Александровна**, канд.экон.наук, доц.  
Россия, Белгородский государственный национальный  
исследовательский университет, кафедра менеджмента и маркетинга,

В ходе планирования проектов по срокам применяются следующие инструменты и методы в системе здравоохранения: декомпозиция, планирование методом набегающей волны, экспертные оценка, оценка «снизу-вверх», оценка по аналогам, построение диаграммы Ганта, оценка контрольных событий.

Система позволяет отслеживать ход реализации каждого проекта по срокам, включая контроль отклонений от параметров базового (первоначального) паспорта и плана управления проектом, позволяет фиксировать отклонения от контрольных точек.

В результате не менее 90% проектов, зарегистрированных и реализуемых на территории региона (Белгородская область), имеют актуальные календарные планы-графики реализации проектов.

В случае возникновения неустранимых условий в ходе разработки и реализации проекта, при которых его реализация не может быть начата или продолжена, руководитель проекта инициирует его приостановление [1].

Приостановление проекта означает долгосрочное прекращение работ по его разработке и реализации с возможностью последующего возобновления.

Решение о приостановление проекта в ходе его реализации принимает руководитель проекта по согласованию с куратором и председателем

экспертной комиссии, на которой принято решение о целесообразности его реализации. В случае если проект находится в разработке, решение о его приостановлении принимается по согласованию с руководителем органа исполнительной власти, государственного органа региона, являющегося координирующим органом проекта.

По проектам, инициированным Губернатором региона, заместителей Губернатора или утвержденными правовыми актами, а также рассмотренные и одобренные на оперативных совещаниях с участием членов Правительства региона по рассмотрению оперативных вопросов, приостановление проектов осуществляется по согласованию с Губернатором области или заместителями Губернатора, которые дали соответствующие распоряжения.

Возобновление проекта осуществляется по инициативе руководителя проекта по согласованию с вышеуказанными лицами. При возобновлении проекта в него вносятся изменения согласно действующему порядку.

Управление сроками в проектах поставлено на особый контроль. В этих целях разработан и применяется регламент администрирования проектов в органах власти региона, определяющий ответственность служащих при участии в проектах [2].

Администрирование проектов в здравоохранении в органах власти региона осуществляется на двух уровнях:

- на первом уровне: ответственным за проектное управление и проектным офисом органа власти (городского округа);
- на втором этапе: областным проектным офисом.

Система администрирования проектов первого уровня на примере органа местного самоуправления приведена на рис.1.

В функционировании системы администрирования проектов важную роль играет организация коммуникаций, отвечающая следующим требованиям:

-проектный офис является центром компетенция проектного управления в городском округе/муниципальном районе;

-проектный офис осуществляет мониторинг реализации проектов;



Рис.1. Система администрирования проектов

-ответственный за проектную деятельность занимает должность руководящего уровня, является куратором данного направления и отвечает за эффективность внедрения и применения принципов проектного менеджмента;

-проектный офис систематизирует информацию о реализации проектов ответственному за проектную деятельность;

-ответственный за проектную деятельность подготавливает и направляет руководителям структурных направлений информацию об имеющихся отклонениях в реализации проектов;

-глава администрации/руководитель органа власти, руководствуясь нормативно-правовой базой, принимает решение о поощрении участников успешно завершённых проектов или о демотивации в случае отклонений в ходе реализации проектов.

На втором этапе администрирования областным проектным офисом осуществляется мониторинг отклонений посредством АИС «Проектное управление». Ежемесячно по результатам мониторинга областной проектный офис направляет руководителям государственных органов региона информацию о наличии отклонений в ходе разработки и реализации проектов и необходимости их устранения, а также ежеквартально вносит информацию о проектах с отклонениями на заседании Правительства региона [3].

Список литературы.

1. Тхориков Б.А. Проблемы целеполагания в системе государственного управления социальной сферой // Историческая и социально-образовательная мысль. - 2016. - Т. 8. - № 1-2. - С. 164-166.

2. 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.

3. Руденко М.Н., Багаутдинова И.В. Специфика внедрения проектного управления в учреждениях здравоохранения // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2018. - С. 106-116.

УДК 614.2:338.26:006.4

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ  
КАРТ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**Калиниченко Владимир Иванович**

Генеральный директор, д-р экон. наук, проф.

Россия, ООО «Медицинские Компьютерные Технологии»

В соответствии со статьёй 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

Требования к медицинским организациям законодательно установлены одинаковые, не зависящие от организационно-правовой формы.

Для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования:

- руководитель медицинской организации должен определить и обеспечить необходимое и достаточное для оказания медицинской помощи надлежащего качества.
- врач - соотносить объёмы медицинской помощи и понять ограничения.
- Пациент – знать, на что можно претендовать в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.
- эксперт страховой медицинской организации - объективно оценить действия врача, оплачивать, проводить экспертизу и оценивать качество медицинской помощи.

Для создания конкурентной среды, обеспечения качества и его непрерывного повышения необходимо объёмы медицинской помощи (медицинских услуг) в рамках территориальной программы обязательного

медицинского страхования (фактически государственный заказ) доводить до всех медицинских организаций на конкурсной основе.

Отсутствие законченной системы стандартизации в здравоохранении, недостаточная формализация разработанных клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи тормозят внедрение страховых принципов оплаты медицинской помощи, ограничивают возможности стратегического планирования отрасли, оценки качества оказания медицинской помощи, контроля и регулирования затрат на медицинскую помощь.

Для повышения эффективности управления медицинской помощью (сферой медицинских услуг) и повышения качества оказания медицинской помощи, предлагается использование алгоритмического и методического обеспечения специализированного интернет-ресурса <http://www.medmod.ru> – разработанной «облачной» автоматизированной системы для комплексного решения вопросов, связанных с разработкой формализованных медицинских технологических карт – моделей медицинских услуг на основе моделей пациентов, поддержанием их функционального наполнения в актуальном состоянии, оценкой стоимости моделей простых, составных и комплексных медицинских услуг, лекарственных препаратов, расходных материалов и медицинских изделий, расчётом стоимости медицинских услуг всех типов по всем источникам финансового обеспечения: высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) за счёт средств федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориального фонда обязательного медицинского страхования, обязательное медицинское страхование (ОМС), добровольное медицинское страхование (ДМС), приносящая доходы деятельность (ПДД).

Специализированный интернет-ресурс <http://medmod.ru> предназначен для организаторов здравоохранения и ОМС, специалистов медицинских

организаций, врачей-экспертов; работников медицинских профессиональных некоммерческих организаций и их ассоциаций, экономистов.

Позволяет децентрализованно создавать модели простых, составных и комплексных медицинских услуг (включая стандарты медицинской помощи) и проводить их функциональное наполнение для:

- региональных органов управления здравоохранением;
- медицинских организаций вне зависимости от организационно-правовой формы;
- различных ведомств.

Использование Интернет-ресурса <http://www.medmod.ru> позволяет региональному органу управления здравоохранением, территориальному фонду обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организации и медицинской организации:

- адаптировать собственные классификаторы медицинских услуг к нормативным документам региональной системы стандартизации;
- создать единый для региональной системы здравоохранения классификатор медицинских услуг;
- создать единый для региональной системы здравоохранения классификатор расходных материалов и медицинских изделий;
- создать территориальный банк единых формализованных медицинских технологий;
- использовать автоматизированную систему расчёта стоимости медицинских услуг на основе нормативных или фактических расходов;
- отделить платные медицинские услуги от «бесплатных»;
- проводить медико-финансовое моделирование, позволяющее сбалансировать программу оказания медицинской помощи с величиной финансовых средств по соответствующему источнику финансового обеспечения;

– производить формирование прейскурантов медицинских услуг по результатам расчёта на основе нормативных или фактических затрат по всем источникам финансового обеспечения;

– построить медицинской организацией программу оказания медицинской помощи по источникам финансового обеспечения, сбалансированную под финансовое обеспечение по каждому источнику;

– сформировать заявки на лекарственные препараты, расходные материалы и медицинские изделия, необходимые для выполнения программы.

Формирование заявки (плана-заказа) на лекарственные препараты на основе использования формализованных медицинских технологий базы данных «Модели простых, составных и комплексных медицинских услуг» обеспечивается:

– возможностью нормирования расхода реактивов и расходных материалов, используемых для диагностических исследований в соответствии с моделями простых медицинских услуг;

– возможностью установления натуральных норм медикаментозного обеспечения «лекарственного лечения» моделей по нозологиям, и как факт, предсказуемостью затрат на лекарственные препараты и определение общей потребности в них при стационарном лечении.

Архитектура интернет-ресурса <http://medmod.ru> позволяет децентрализованно поддерживать модели медицинских услуг в актуальном состоянии, создавать собственные модели медицинских услуг, проводить их функциональное наполнение, оценивать стоимость «лекарственного лечения», рассчитывать стоимость медицинских услуг и формировать медицинской организации программу оказания медицинской помощи по каждому источнику финансового обеспечения на основе моделей медицинских услуг.

Использование Интернет-ресурса <http://medmod.ru> позволит:

– медицинской организации повысить эффективность управления финансовыми, материально-техническими и кадровыми ресурсами;

– субъекту создать «региональную систему стандартизации медицинских услуг» для их дальнейшего многоаспектного использования на единых принципах, что непременно приведёт к созданию конкурентной среды и повышению качества оказания медицинской помощи.

УДК 61

## **ПРОБЛЕМА ЗАНЯТОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ.**

**Карева Олеся Сергеевна, Рапинина Анастасия Андреевна**  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд.экон.наук, Шестакова И.В.

Один из актуальных вопросов современной России является занятость населения. Это одна из важных характеристик развития страны. Именно эта категория характеризует наличие у людей работы и, соответственно, влияет на их трудовой доход и благосостояние. Происходящие в мире, стране, регионе преобразования непосредственным образом влияют как на уровень, так и на структуру занятости. В рамках государства и управления наибольший интерес вызывает анализ отраслевой структуры занятости, так как безработица и нестабильность влияют не только на доходы населения и социальную стабильность, но и непосредственно на валовой региональный продукт и валовой внутренний продукт.

В связи с этим данная статья носит актуальный характер и написана с целью изучения динамики занятости и безработицы в здравоохранении современной России.

Проанализировав данные занятости населения России на официальном сайте РБК выявили наиболее востребованные профессии на рынке занятости в здравоохранении — терапевты, педиатры, гинекологи, стоматологи и офтальмологи. РБК проанализировал 70 783 вакансии, размещенные с 2011 года в службе исследований HeadHunter, и 13 060 резюме врачей в своей базе.

Лидирующие по востребованности специализации здравоохранения в России.

Таблица 1

<b>Профессия</b>	<b>Количество резюме на место</b>
Терапевт	1,7
Педиатр	0,5
Офтальмологов	1,4
Отоларингологов	0,8

Из данных таблицы 1 можно сделать вывод, что остро не хватает педиатров и отоларингологов. На данные профессии по статистике на свободное место приходится меньше одного резюме. Так же есть необходимость в терапевтах и офтальмологах. Чуть больше одного резюме приходится на одно свободное место.

Как путь решения данной ситуации, может быть целевое направление от организации. Обучение стоит не дешево (см. Таблица 2), когда ребенок поступает на бюджет за него платит государство. Стоимость достаточно высокая, а после окончания обучения человек абсолютно свободен в своих мыслях и действиях. Есть вероятность того, что готовый специалист может уехать из региона или даже из страны. Целевое обучение экономит финансы государства, так как студент будет обязан отработать 3 года после окончания университета.

Стоимость обучения бакалавриата и специалитета при приеме на обучение в 2019/2020 учебном году в ВолгГМУ.

Таблица 2

Наименование направления подготовки/специальности (форма обучения)	Количество мест с возмещением стоимости	Стоимость обучения (рублей/год)
<b>Бакалавриат</b>		
Биология (очная)	20	98 000
Биотехнические системы и технологии (очная)	20	98 000
Менеджмент (очная)	15	84 000
Менеджмент (заочная)	20	45 000
Социальная работа (очная)	15	84 000
<b>Специалитет</b>		
Клиническая психология (очная)	30	85 000
Лечебное дело (очная)	130	125 000
Медико-профилактическое дело (очная)	35	100 000
Медицинская биохимия (очная)	30	122 000
Педиатрия (очная)	50	125 000
Стоматология (очная)	80	130 000
Фармация (очная)	40	110 000

Такая система является выгодной для всех сторон: организация оплачивает дорогостоящее обучение и предоставляет рабочее место, что является выгодно для студента. В тоже время у организации будет гарантия того, что минимум на 3 года у них будет необходимый специалист. В случае, если студент не выполняет условия, то он обязан оплатить все обучение. Таким образом, организация ничего не теряет.

Количество мест для приема на целевое обучение в ВолгГМУ (квота целевого приема) по программам бакалавриата и специалитета в 2019 году

Таблица 3

Наименование направления подготовки/специальности	Контрольные цифры прием за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на 2019/20 уч. год	Количество мест для приема на целевое обучение (из гр.3)
Бакалавриат		
Биотехнические системы и технологии	15	2
Менеджмент	25	3
Социальная работа	15	2
Специалитет		
Медицинская биохимия	35	5
Лечебное дело	200	125
Педиатрия	100	64
Стоматология	75	45
Медико-профилактическое дело	30	18
Фармация	45	10
Клиническая психология	25	2

В качестве примера мы взяли Волгоградский государственный медицинский университет. В 2019г для педиатров выделяют 100 целевых мест, для лечебного дела 200 мест.

Из всего выше перечисленного можно сделать вывод, что проблема безработицы является ключевым вопросом в рыночной экономике, и, не решив ее невозможно наладить эффективную деятельность экономики. Для решения данного вопроса мы изучили проблемы безработицы в здравоохранении и нашли вариант решения – целевое направление.

УДК 65.012.7

## **РАЗРАБОТКА СБАЛАНСИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Кудрявцев Михаил Игоревич**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд.экон.наук, Голиков В.В.

Повышение эффективности управления медицинскими организациями является одним из актуальных вопросов систем здравоохранения во многих странах мира. Современные политические и экономические условия требуют совершенствования стратегического планирования в медицинских организациях, определения четких связей между стратегией и операционными задачами подразделений и их сотрудников.

Одним из эффективных и популярных в мире инструментов стратегического управления организацией является система сбалансированных показателей, повышающая возможность достижения стратегических целей и обеспечивающая интегрированную работу организации по достижению поставленных целей.

Традиционно в большинстве организаций здравоохранения оценка эффективности их деятельности основывается преимущественно на финансовых показателях. Вместе с тем, такая ограниченная система оценки не может служить основой для принятия управленческих решений. Основываясь на данных бухгалтерского учета и отчетности, она неизбежно имеет ретроспективный характер, что значительно снижает ценность системы при принятии управленческих решений стратегического характера. Внешняя среда, воздействуя на деятельность учреждений в сфере здравоохранения, постоянно повышает требования к качеству и сервису предоставляемой медицинской помощи, существенно влияет на построение структуры организации, скорость протекания бизнес-процессов, стратегические приоритеты и тактические механизмы менеджмента.

Система сбалансированных показателей применима в различных сферах деятельности, в том числе в сфере здравоохранения. Успешный международный опыт применения системы сбалансированных показателей в медицине берет свое начало с конца 90-х годов в американских медицинских организациях, одними из которых являются Школа медицины Йельского университета, Центр наук о здоровье университета Колорадо, детский госпиталь Дьюк в Северной Каролине, женский госпиталь в Бригхаме и др.

Здравоохранение в отличие от других реальных секторов экономики имеет другую целевую систему и управленческую структуру, поэтому внедрение и применение системы сбалансированных показателей в этой сфере должны быть осуществлены с учетом этих особенностей. Для управления медицинскими организациями, преследующими высокую цель по сохранению здоровья населения, недостаточно опираться только на монетарные показатели, необходимо брать в расчет индикаторы, измеряющие нематериальные ценности, такие как квалификация сотрудников, качество и доступность оказываемой медицинской помощи, внедрение инновационных медицинских технологий и др. Использование системы сбалансированных показателей медицинскими организациями позволит связать операционные задачи каждого сотрудника с достижением стратегической цели по улучшению показателей здоровья нации.

Сбалансированная Система Показателей (Balanced Scorecard - BSC), разработанная профессорами Гарвардского университета Д. Нортоном и Р. Капланом (США), в настоящее время представляется одной из наиболее популярных и признанных в мире концепций стратегического управления. BSC обеспечивает целенаправленный мониторинг деятельности предприятия, позволяя прогнозировать и предупреждать появление проблем и органично сочетая уровни стратегического и оперативного управления, а также контролируя наиболее существенные финансовые и нефинансовые показатели деятельности предприятия. BSC представляет собой систему оценки

эффективности деятельности предприятия, основанную на видении и стратегии, которая отражает наиболее важные аспекты бизнеса. Концепция BSC поддерживает стратегическое планирование, направленное на формирование, реализацию и дальнейшую корректировку стратегии, путём объединения усилий всех подразделений и сотрудников предприятия. В этой связи BSC может рассматриваться как составляющая комплекса методов и инструментов TQM и других технологий и моделей менеджмента качества, что представляется актуальным с позиций развития прикладных аспектов теории управления качеством и методических подходов к их реализации.

Развитие системы сбалансированных показателей стало необходимостью вследствие отрицательного опыта управлением организацией на основе традиционной системы показателей, сфокусированной лишь на финансовой перспективе, отражающей прошлое организации и проецирующей свою деятельность лишь на основе краткосрочных целей.

Целью же системы сбалансированных показателей является такое определение стратегических целей, которое позволит через операционные действия организации претворить эту стратегию в реальность. При построении системы сбалансированных показателей необходимо соблюдать баланс между внешними показателями, предназначенными для потребителей медицинских услуг, и внутренними показателями, которые характеризуют критические производственные процессы, инновации, обучение и карьерный рост сотрудников, а также показателями, описывающими прошлое организации, и показателями, которые характеризуют будущую эффективность деятельности медицинского учреждения. Технология системы сбалансированных показателей позволяет менеджменту организации перевести цели компании на уровень операционной деятельности; четко определить степень влияния отдельных подразделений (отделений больницы), а также сотрудников (врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала, административных работников) на достижение общих стратегических целей, что в свою очередь

позволяет максимально использовать имеющиеся ресурсы и свести к минимуму число непродуктивных и бесполезных процедур (например, дополнительные обследования, повторный сбор анамнеза, безрезультатные дорогостоящие операции). Система сбалансированных показателей позволяет отслеживать выполнение стратегии организации и выявлять наименее эффективные звенья в медицинской организации.

Список литературы.

1. Каплан Роберт С., Нортон Дейвид П. Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию. М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2005.

УДК 65.012.7

## **ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Абрамова Анна Сергеевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
магистрант

Научный руководитель: д-р.пед.наук, Коваленко Н.В.

Как справедливо отмечает ряд современных исследователей, действующая ныне российская система здравоохранения в области разработки, утверждения и применения на практике системы качества медицинских услуг до сего времени опирается на советскую систему здравоохранения, которая абсолютно неприемлема в условиях рыночной экономики [1]; [2]. И, как результат, в значительной степени она уступает своим зарубежным аналогам.

Характерной чертой системы здравоохранения в СССР выступал замкнутый, узкоотраслевой характер ее работы. Финансируемая по остаточному принципу, она по факту не имела возможности выйти за рамки плановых показателей и создать условия для устойчивого роста, что, в конечном счете, отрицательно отражалось на системе управления качеством медицинской помощи.

В современных условиях, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) для эффективного выполнения своих функций расходы государства на медицину должны составлять не менее 5 % от ВВП. По данным экономистов в России по отношению к объему ВВП доля расходов раздела «Здравоохранение» составляла в 2017- 2018 годах - 0,4% и в 2019 году планируется этот же показатель, а в 2020 году - 0,5% [3].

По заявлению Минфина РФ расходы бюджетной системы на здравоохранение в 2019 году увеличатся до 3,4 трлн рублей, но доля от ВВП даже сократится – до 3,2%. В 2021 году этот показатель прогнозируется на уровне 3,1% от ВВП. При этом ранее Центр стратегических разработок предлагал увеличить этот показатель до 4% от ВВП к 2024 году [4].

Несмотря на значительные расхождения в официальной информации расходы на медицину в России «не дотягивают» до тех, которые рекомендуются ВОЗ. Следовательно, основной проблемой обеспечения качества медицинских услуг является отсутствие достаточного финансирования здравоохранения.

Другой проблемой в современном здравоохранении РФ является отсутствие единой концепции качества медицинских услуг, её связи с экономикой лечебного процесса, собственно деятельностью медицинского учреждения в целом.

Для решения указанных проблем на законодательном уровне следует закрепить понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «качество медицинской услуги». Изучение системы качества медицинских услуг на основе различных научных изысканий позволило нам выделить три подхода к её определению:

1) качество медицинской услуги сводится к перечислению её свойств или признаков;

2) качественная медицинская услуга связывается с установлением определенных критериев, которым должна соответствовать;

3) качество медицинской услуги коррелирует с понятием стандарта оказания медицинской помощи.

Является очевидным, что все три точки зрения взаимосвязаны, но наиболее перспективной нам представляется последняя.

Качество медицинской услуги следует рассматривать как совокупность её характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям и современному уровню доказательной медицинской науки и технологии.

Следовательно, качество медицинской услуги обеспечивается с одной стороны развитием первичной медико-санитарной службы, с другой - высокотехнологичными видами медицинской помощи. Оба аспекта требуют квалифицированных медицинских кадров, принимающих клинические решения на основе научного подхода, эффективных менеджеров медицинских организаций, обеспечивающие экономическую и клиническую эффективность применяемых методов лечения.

Проблему финансирования здравоохранения в РФ можно решить двумя путями:

1) на основе оптимизации расходов Федерального фонда ОМС в направлении концентрации финансовых ресурсов на приоритетных направлениях – развитии первичной медико-санитарной помощи, профилактики, повышении доступности и качества медпомощи, мероприятиях по охране материнства и детства, высокотехнологичной помощи и формировании здорового образа жизни населения;

2) при активном использовании государственно-частного партнерства (ГЧП) в отрасли здравоохранения как особого вида сотрудничества государственного и частного секторов в медицине с целью предоставления населению доступных и качественных медицинских услуг.

Обеспечить население России качественной медицинской помощью представляется возможным только путем комплексного решения перечисленных проблем в сфере здравоохранения.

#### Список литературы

1. Ацель, Е.А Управление качеством медицинской помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель, А.В. Фомина Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №1(21), 2013. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.sisp.nkras.ru](http://www.sisp.nkras.ru) (Дата обращения: 05.12.2019).

2. Кельжанова, М.К Анализ и совершенствование системы качества медицинской помощи /М.К. Кельжанова, К.К. Косыбаева, Н.К. Турсынбекова // Молодой ученый. - 2014. - №10. - С. 77-80.

3. Портной, В. А. Регулирование рынка медицинских услуг: проблемы и направления развития / В. А. Портной, И. В. Калашникова // Российское предпринимательство. – 2014. - № 4(250). – С. 117-128.

4. Расходы бюджета РФ на здравоохранение в 2018 году составят 460 млрд рублей. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rns.online/economy/Rashodi-byudzheta-RF-na-zdravoohranenie--v-2018-godu-sostavyat-460-mlrd-rublei-2017-09-29/> (Дата обращения: 05.12.2019).

5. Расходы федерального бюджета на здравоохранение сократятся в 2019 году. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2018/07/09/raskhody-federalnogo-byudzheta-na-zdravookhranenie-sokratyatsya-v-2019-godu/> (Дата обращения: 05.12.2019).

УДК 61

## **ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Алейникова Татьяна Владимировна**

магистрант

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента.

Аннотация Статья посвящена истории развития бережливого производства, а также методам бережливого производства, используемым в системе здравоохранения. Обозначены существенные проблемы российской системы здравоохранения, которые можно решить с помощью внедрения в амбулаторно-поликлиническое звено принципов Бережливого производства. Описаны подходы решения производственных потерь первичного звена при осуществлении непрерывного потока создания ценности – высокого качества медицинской помощи.

В настоящее время бережливое производство является приоритетным проектом российского производственного менеджмента. В системе здравоохранения, оно подразумевает собой, планирование и постоянное развитие системы охраны здоровья граждан, при которой возможно использовать лучший уровень качества, затрат и сроков оказания медицинской услуги. Бережливое производство = высокое качество медицинской помощи + приемлемо короткие сроки оказания медицинской помощи + разумные минимальные вложения.

Основоположником концепции «Бережливого производства» является Тайити Оно, который создал систему производства в Toyota Motor Corp. в 1950 году[1]. Значительный вклад в развитие бережливого производства привнёс его соратник - Сигео Синго. Тайити Оно понимал, как необходимо устранять потери, а Сигео Синго – как это осуществить [2]. Основой данной модели является тенденция к непрерывному, постоянному усовершенствованию.

Важной целью которой является устранение любых потерь, которые могут увеличивать затраты, и не создавать добавленной ценности [5]. На западе данная система стала известной, как Lean production — Бережливое производство.

Методы Бережливого производства представляют собой:

1. Непрерывный поток. Применительно к медицине данная услуга производится индивидуально.

2. Канбан – «точно в срок» [3].

3. Всеобщий уход за оборудованием.

4. Система 5S - это система организации и рационального использования рабочего места.

4.1 Seiri – сортировка.

4.2 Seiton – соблюдение порядка.

4.3 Seisou – содержание в чистоте, своего рабочего места.

4.4 Seiketsu – стандартизация.

4.5 Shitsuke – совершенствование.

5. Быстрая переналадка – теоретические и практические методы, по сокращению времени операций наладки и переналадки оборудования.

6. Кайдзен – непрерывное совершенствование процессов управления, производства и других аспектов жизни.

7. Пока-ёкэ – метод предотвращения ошибок.

Бережливое производство основывается на том, что бизнес рассматривается - как поток создания ценностей для потребителей, важной задачей которого является выявление и сокращение потерь. Происходит постоянное улучшение деятельности на всех этапах организации. Кроме этого происходит развитие персонала, что влечет за собой повышение потребительской удовлетворенности. Таким образом, целью Бережливого производства является постоянное профессиональное совершенствование работников, которое нацелено на получение высоких результатов. Основными

ценностями бережливого производства считаются – безопасность, качество, ценность, доступность, визуализация, сокращение времени ожидания для потребителя услуг, а для организации - клиентоориентированность, перераспределение потоков пациентов, сокращение времени, сокращение потерь, соблюдение стандартов, совершенствование рабочего места, постоянное совершенствование, создание корпоративной культуры [6].

В России пилотный проект «Бережливая поликлиника» реализуется Министерством здравоохранения РФ при участии государственной корпорации «Росатом». Проект направлен на повышение удовлетворенности пациентов и доступности оказываемых медицинских услуг, а также на увеличение эффективности работы учреждений здравоохранения. Основной задачей внедрения данного проекта в амбулаторно – поликлиническую службу, является изменение модели взаимоотношения «врач-пациент».

В современных амбулаторно–поликлинических учреждениях существуют такие проблемы, как обеспеченность службы врачами, дефицит бюджета медицинских организаций, организация системы предоставления платных услуг, которые невозможно решить внедрением данного проекта. Большую часть проблем (сокращение времени ожидания при получении медицинской услуги, повышение удовлетворенности качеством медицинской услуги, формирование осведомленности по выявлению и устранению возникших проблем при предоставлении медицинской услуги, устранение потерь при оказании медицинских услуг, эффективное использование помещений организации, устранение дублирования, стандартизация лечебно – диагностических процессов, обучение медицинских работников бережливому производству и др.) решают руководители, вовлеченные в процесс происходящих изменений. Внедрение проекта «Бережливая поликлиника» позволяет перейти к пациенто-ориентированному здравоохранению, что в свою очередь обеспечивает экономию одного из самых главных ресурсов - времени [4].

Существующая в настоящее время система организации медицинской помощи имеет большой временной дефицит, который формируется за счет увеличения доли потерь в процессе оказания медицинской помощи.

Анализируя ситуацию оказания медицинской помощи в амбулаторно–поликлиническом звене можно выделить 7 видов потерь:

1. transport - ненужная транспортировка, например, транспортировка медицинской документации или результатов исследований в отсутствие медицинской информационной системы;

2. inventory - ненужные запасы, например, большое количество документов на бумажных носителях, хранение неиспользуемых бланков, и т.п.;

3. motion - ненужные движения, так из-за нерациональной организации интерьера, отсутствия необходимого оборудования в кабинете, нерационального расположения взаимосвязанных кабинетов приводит к тому, что и пациентам, и медицинским работникам приходится совершать лишние перемещения;

4. waiting – ожидание, например, ожидание в очереди;

5. overproduction - перепроизводство, дублирование информации в разных документах;

6. over-processing - избыточная обработка, например, избыточные согласования документов, наполнение отчетов ненужной информацией;

7. defects – брак, ошибки, допущенные медицинскими работниками в результате нарушения медицинских технологий, которые требуют дополнительных затрат.

Исходя из видов потерь, можно предложить следующие пути их решения:

1. Ненужная транспортировка - в регистратуре для каждого кабинета отвести отдельный лоток, который до начала приема с подготовленной документацией забирает медицинская сестра, а после окончания возвращает в регистратуру с пометкой «отработано». Внедрить электронную очередь, что разгрузит работу регистратора.

2. Ненужные запасы – решение данной проблемы можно найти при внедрении работы по системе 5 S, избавление от лишних запасов приведет к высвобождению дополнительного места.

3. Ненужные движения – составление диаграмм «спагетти», которые помогут выяснить последовательность протекания процесса в пространстве, устранив ненужные манипуляции, шаги, можно повысить скорость и уменьшить нагрузку. Создать навигацию и визуализацию. Разместить удобные схемы размещения кабинетов поликлиники с цветовыми обозначениями, данное решение сократит время пациента на поиск нужного кабинета. Наглядная справочная информация.

4. Ожидание – организация работы Call – центра, разгрузит очередь в регистратуру. Дублирование записей в информационной системе и амбулаторной карте, можно избежать при оснащении необходимой оргтехники рабочих мест.

5. Перепроизводство – устранить дублирование поможет интегрирование информационных систем друг в друга, чтобы при вводе персональных данных пациента можно было определить какие исследования и когда он проходил, каких специалистов посещал, нужны ли повторные консультации специалистов и прочее.

6. Избыточная обработка – сократить данный вид потерь, также поможет внедрение единой информационной системы с использованием электронноцифровых подписей, внедрение цифровых архивов, развитие телемедицины.

7. Брак – избежать дефектов в оказании медицинской помощи, поможет внедрение в работу стандартов и протоколов оказания медицинской помощи по всем нозологиям, использование клинических рекомендаций, эффективное проведение клинико-экспертных работ.

Совокупность разрабатываемых и принимаемых мер с учетом развивающихся технологий, а также формирование системы автоматического

управления позволит улучшить качество и эффективность работы специалистов, что в свою очередь повысит удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

Но следует помнить, что при внедрении новых принципов, следует углубленно анализировать их последствия, для выявления как положительных, но также и отрицательных сторон, вследствие чего возможно будет устранять препятствия и впредь совершенствовать проект [7].

Список литературы.

1. Тайити Оно. Производственная система в Toyota: Уходя от массового производства, 2 – е изд. – М.: Институт комплексных стратегических исследований, 2006.

2. Сингео Синго. Изучение производственной системы Тойоты с точки зрения организации производства. М.: Институт комплексных стратегических исследований, 2006.

3. Джеймс Вумек, Дэниел Джонс. Бережливое производство: Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании. – М.: Альпина Паблишер, 2013.

4. Проект Бережливая поликлиника. Электронный ресурс. 2017. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivay-poliklinika>.

5. Лайкер Джеффри. Система разработки продукции в Toyota: люди, процессы, технология. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2007.

6. Столяр В.И., Мурзин А.П., Титов И.Г., Листовецкий А.Г., Кураева Т.В., Зуев В.Ю., Папков А.Ю., Крирова Н.А. Организация и требования к информационному обеспечению задач управления. / Медицина и высокие технологии. 2017. № 2.

7. Соболева С.Ю., Рябова Е.В., - Особенности реализации проекта «Бережливая поликлиника» в аспекте изменения функциональных ролей среднего медперсонала. / Известия Волгоградского государственного Технического университета. Электронный ресурс. 2018. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36468125&>

УДК 614.39

## **РОЛЬ И МЕСТО МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИК**

**Захарова Мария Александровна**

Заведующая бюро медико-социологических исследований, д-р. соц. наук  
Россия, Новосибирск, Государственное казенное учреждение здравоохранения  
Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики

Мониторинг общественного здоровья и здравоохранения помогает анализировать динамику происходящих перемен, он является одним из основных инструментов, помогающих прогнозировать развитие изменений в области здравоохранения.

Известно, что «здоровье населения» следует рассматривать в качестве интегрированного показателя биологических, социальных, культурных и экономических процессов в обществе [1]. Поэтому особую значимость приобретают исследования по изучению и выявлению медико-социальных факторов, влияющих на здоровье населения, а также факторов, определяющих, с точки зрения населения, качество, доступность и эффективность медицинской помощи, как услуги [2]. Необходимость в оценке результатов оказания медицинских услуг обусловлена переориентацией политики здравоохранения многих стран на поиск путей повышения эффективности функционирования систем здравоохранения [1].

В России в 2014 г. принята Национальная стратегия развития системы здравоохранения, на основе которой разработана стратегия формирования здорового образа жизни населения на период до 2025 г. Среди задач стратегии есть такой пункт как «Создание системы регулярного мониторинга факторов риска развития неинфекционных заболеваний у взрослых и детей, заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний» [3].

Задачам национальной стратегии соответствует стратегия, которую реализует Министерство здравоохранения Новосибирской области, в структуре которого находится ГКУЗ «Региональный центр медицинской профилактики». Он координирует работу центров здоровья, амбулаторных поликлинических учреждений, а также отделений и кабинетов медицинской профилактики [3]. Поскольку медико-социологический мониторинг общественного здоровья является инструментом анализа динамики происходящих перемен, прогноза развития изменений функционирования важнейшего социального института, то создание специальной структуры в системе здравоохранения является своевременным шагом [4].

Согласно Положению о структурном подразделении, бюро медико-социологических исследований ГКУЗ НСО «РЦМП» является исследовательским центром, изучающим, анализирующим и внедряющим в деятельность государственных учреждений здравоохранения, в т.ч. в центры здоровья Новосибирской области, современные формы мониторинга, соответствующие целям ВОЗ. В 2018 г. бюро медико-социологических исследований проводит следующие опросы: «Выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, туберкулёза и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача среди взрослого населения Новосибирской области»; «Оценка основных параметров ЗОЖ и факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Новосибирской области»; «Оценка уровня информированности взрослого населения Новосибирской области (старше 18 лет) о факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний»; «Оценка уровня информированности населения Новосибирской области по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции»; «Мониторинг удовлетворённости населения качеством работы центров здоровья г. Новосибирска и Новосибирской области».

В 2018 году ГКУЗ НСО «РЦМП» принял участие в первом этапе Всероссийского исследования «Оценка формирования культуры здорового образа жизни у населения с учётом особенностей целевых групп у граждан, проживающих на территории Новосибирской области» (опросник «STEPS»).

Данное исследование входит в перечень международных проектов ВОЗ и является составляющей частью единой глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний во всём мире. Включению Новосибирской области в проект «STEPS» предшествовал подготовительный этап регионального уровня на базе центров здоровья Новосибирской области [5].

Следующее исследование, входящее в перечень международных проектов ВОЗ, это «Оценка основных параметров здорового образа жизни среди учащихся 9 классов (возрастной группы 15 лет) образовательных организаций среднего образования Новосибирской области и г. Новосибирска»

Целью данного мониторинга является получение представления о здоровье подростков в их социальном контексте – дома, в школе, с семьёй и друзьями, а формирование выборки определяется стандартом международного исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), согласно которому исследование должно проводиться среди детей в возрасте 11, 13, 15 лет.

Подводя итог, следует сказать, что система мониторинга предусматривает грамотное обоснование репрезентативности выборочной совокупности респондентов, подготовку интервьюеров, наличие технических средств для передачи и тиражирования методического инструментария, отбор, учет полученных анкет, а также математический анализ данных. Сравнимость данных по годам обеспечивается единством подхода к разработке программы проведения, обеспечением соответствия методического инструментария по ключевым аспектам исследования, однотипностью контингентов опрашиваемых, использованием равнозначных приемов формирования выборочной совокупности, наличие структуры специальной структуры в

системе здравоохранения является необходимым элементом. Кроме того, работа бюро медико-социологических исследований позволяет осуществить полноценное включение Новосибирской области в систему глобального мониторинга ВОЗ, что будет способствовать расширению прав и социальных возможностей населения в сфере здравоохранения.

#### Список литературы.

1. Захарова М.А. Роль и место медико-социологических исследований в современной системе здравоохранения (на примере бюро МСИ ГКУЗ НСО "РЦМП") [Текст] // Сборник докладов I Открытого российского статистического конгресса «Мы продолжаем традиции российской статистики». - Издательство: Новосибирский государственный университет экономики и управления "НИНХ". 2016.- С. 22-28.
2. Зарубина Т.В., Ефименко С.А. Медико-социологический мониторинг как инструмент современных технологий в управлении здоровьем//Врач и информационные технологии. 2007. № 2. С. 59-65.
3. Проект межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [Электронный ресурс] – ФГБОУ ГНИЦ ПМ Справочно-информационный портал, 2013.  
[https://www.gnicpm.ru/UserFiles/ПРОЕКТ\\_STRATEGII\\_NIZ-210616.pdf](https://www.gnicpm.ru/UserFiles/ПРОЕКТ_STRATEGII_NIZ-210616.pdf).
4. Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения : методические рекомендации: МР 2.1.10.0033-11: /. 2012. 62 с.
5. Захарова М.А., Чусовлянова С.В. Информированность населения Новосибирского региона о факторах риска для здоровья // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2018. Т. 9. № 1-2. С. 77-82.

УДК 314.174

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ КЛИНИК**

**Каширская Янина Андреевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента  
Научный руководитель: ст. преп. Ситникова С.Е.

Современная система здравоохранения государственных клиник выстраивается таким образом, что потребитель, а особенно, если это работающий человек, не может получить широкий спектр услуг в удобное для него время и в короткие сроки. Это обусловлено тем, что пациент не имеет возможности напрямую попасть к нужному ему специалисту. Для этого необходимо заблаговременно записаться к терапевту. Во многих государственных клиниках отсутствует запись через портал гос. услуги, а значит необходимо личное присутствие в поликлиники для записи на прием к врачу. В этой статье мы проанализируем, почему так происходит, и в чем преимущество частной медицины перед государственной.

Цель: исследование системы финансирования и оказания медицинской услуг на примере частной клиники "Вита Нова"

Материалы и методы: работа выполнена на основе данных, полученных при интервьюировании руководства клиники.

Результат: финансирование государственной медицины складывается следующим образом: включает расходы на оплату труда, закупку медикаментов, хозяйственных нужд, продуктов питания, прочих расходных материалов, затраты на командировочные поездки, оплату транспорта, коммунальных услуг и др. Для того, чтобы определить размер финансовых средств необходимо составить и утвердить смету расходов на год. Расчет данной сметы происходит на основе нормативов штатного расписания и оплаты труда, нормативы расходов на питание больных, лекарственные средства и др.

Средства, которые выделяют государственным медицинским учреждениям, определяются на основе сумм их финансирования за предыдущий период в разрезе по статьям расходов, исходя из утвержденных нормативов.

Поликлиники или больницы должны израсходовать полученные средства четко по утвержденной смете без права перераспределения расходов между статьями. В случае экономии затрат по какой-либо статье органы финансирования изыскивают возможности сокращения будущих расходов в следующем периоде по указанной статье в размере полученной экономии.

Рассмотрим, как происходит финансирование частной медицины на примере клиники "Вита Нова". Руководство клиники ведет политику, нацеленную на предоставление квалифицированных медицинских услуг с использованием современного оборудования при комфортных условиях для пациента: коридоры и кабинеты с удобной мебелью, время приема не с 8:00 до 17:00 часов, с 07:00 до 21:00 и по выходным. Есть возможность сразу попасть к врачу-специалисту без консультации терапевта. Руководство утверждает смету доходов и расходов на следующий период, но в случае необходимости может принять решение о перераспределении или выделении дополнительных средств на закупку или ремонт оборудования, а также приобретение необходимых материалов, не заложенных в смете. Финансирование клиники "Вита Нова" основано на поступлении денежных средств от оказания медицинских услуг, а также личный вклад учредителей данной клиники.

Главный врач Селезнева Татьяна Александровна-кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог высшей категории. Также она является одним из учредителей клиники. Под ее руководством в клинике работают лучшие врачи Волгограда и высококвалифицированные специалисты.

В клинике разработана гибкая система скидок и акций на УЗИ, косметологические процедуры и прием врачей-специалистов. Также, здесь можно сдать все лабораторные анализы, быстро получить результат и достойное лечение. Клиника выдает больничные листы государственного

образца. Эти услуги привлекают все больше и больше количество желающих получить квалифицированную медицинскую помощь в короткий срок.

Клиника предоставляет широкий спектр медицинских услуг:

- Акушерство и гинекология
- Онкология
- Кардиология
- Гастроэнтерология
- Неврология
- Хирургия
- Физиотерапия и др.

Одним из преимуществ частной клиники "Вита Нова" является услуга ДМС. Количество страховых компаний, аккредитующих клиники «Вита Нова» по системе Добровольного Медицинского Страхования, неуклонно растет.

Клиника сотрудничает с ведущими российскими страховыми компаниями:

- РЕСО Страхование
- Альфа страхование
- Страховой дом ВСК
- Ренессанс страхование и др.

Таким образом, на примере частной клиники "Вита Нова" мы видим, что возможность гибкого распределения средств, выделенных на развитие клиники, напрямую влияет на посещаемость и востребованность у клиентов, а также на качество оказываемых медицинских услуг.

УДК 65.012.7

## **АНАЛИЗ ПРОЦЕССОВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ**

**Морозова Александра Олеговна**

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Научный руководитель: канд.экон.наук, доц. Евстратов А.В.

В статье рассмотрены основные особенности формирования вертикальной интеграции на фармацевтическом рынке, проведен анализ процедуры вертикальной интеграции на примере отдельных компаний, определены показатели деятельности компаний на разных этапах проведения процедуры поглощения.

Ключевые слова: развитие, сети, фармацевтический рынок, слияние, поглощение, доля, объем, производители, вертикальная интеграция, специфика.

Особая важность изучения развития фармацевтического рынка связана с тем, что данный рынок является сферой обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, существование которой связано с потребностью населения в поддержании своего здоровья, что, в свою очередь, выражается в необходимости приобрести конкретный лекарственный препарат.

В последние годы на фармацевтическом рынке все более актуальна устойчивая вертикальная интеграция. Под вертикальной интеграцией понимается слияние на финансово-экономической основе разных стадий технологически взаимосвязанных производств. В первую очередь это предприятия, относящиеся к последовательным стадиям технологического процесса. Крупные фармацевтические корпорации гораздо чаще осуществляют вертикальную интеграцию, работая в разных сегментах одновременно. Компании более мелкие нередко фокусируют свой взгляд на специфических аспектах фармацевтики – разработке лекарственных формул или отдельных лекарственных компонентов.

С помощью рис. 1 можно проследить стадии процесса вертикальной интеграции в совокупности с этапами процесса горизонтальной интеграции, когда не связанные между собой технологическими цепочками предприятия выпускают схожую продукцию, используя при этом схожую технологию [5].

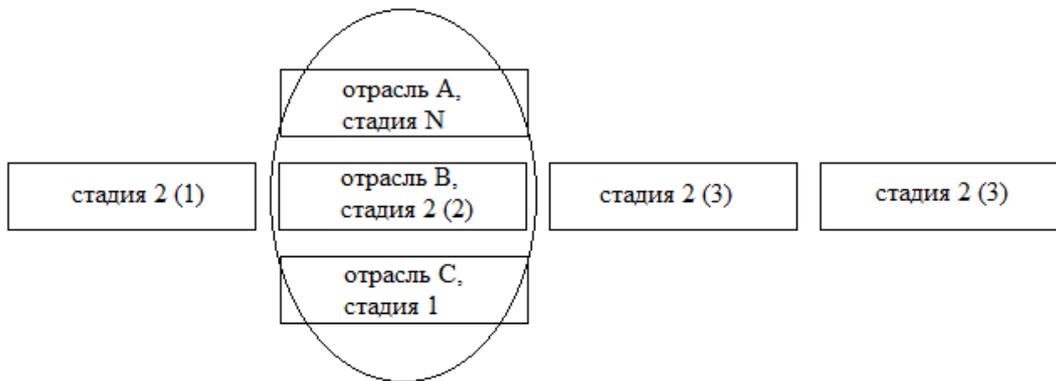


Рис. 1 – Вертикальная и горизонтальная интеграция в фармацевтической отрасли.

Для процесса вертикальной интеграции характерна серия приобретения фармацевтическими компаниями-производителями фирм, которые имеют отношение к системе формирования, управления, дистрибьюции лекарственных средств, страхование и обеспечение ими конечных потребителей. Так, на американском рынке компания «Merck» приобрела фирму «Medco», компания «Pfizer», «Rhone-Poulenc Rorer» и «Bristol-Myers Squibb» заключили соглашение с фирмой «Caremark» относительно включения их продукции в ее формуляр, фирма «SmithKline Beecham» купила компанию «Diversified Pharmaceutical Services». Эффективность вертикальной интеграции становится явной, если привести такие данные: компанию «Medco» обслуживает 51 млн чел., «Diversified Pharmaceutical Services» - 44 млн чел., «Caremark» - 28 млн чел [1].

Специфики избранной теме придает тот факт, что в чистом виде (от сырья до конечного потребителя) на отечественном фармацевтическом рынке процедура вертикальной интеграции не встречается, поэтому возможно

рассмотреть особенность протекания данного процесса при неполной интеграции.

Наглядно данную ситуацию можно проанализировать, изучив процедуру поглощения компанией «Stada» компании «Нижфарм» в начале 2005 года. Стоимость проданного пакета акций составляет 80,5 млн евро. Для того чтобы оценить степень необходимости осуществления данных преобразований, важно рассмотреть стоимостной объем реализации рассматриваемых компаний непосредственно перед осуществлением вертикальной интеграции.

Данная процедура объясняется различными причинами со стороны обоих участников процесса интеграции. Она может использоваться не только при необходимости расширения рынков сбыта, усовершенствования стадий производства, получения контроля над ресурсами или спроса на уже готовую продукцию, а так же для стабилизации текущего рыночного положения. С помощью рис. 2 можно проанализировать объем реализации продукции компаниями «Stada» и «Нижфарм» перед началом процедуры вертикальной интеграции.

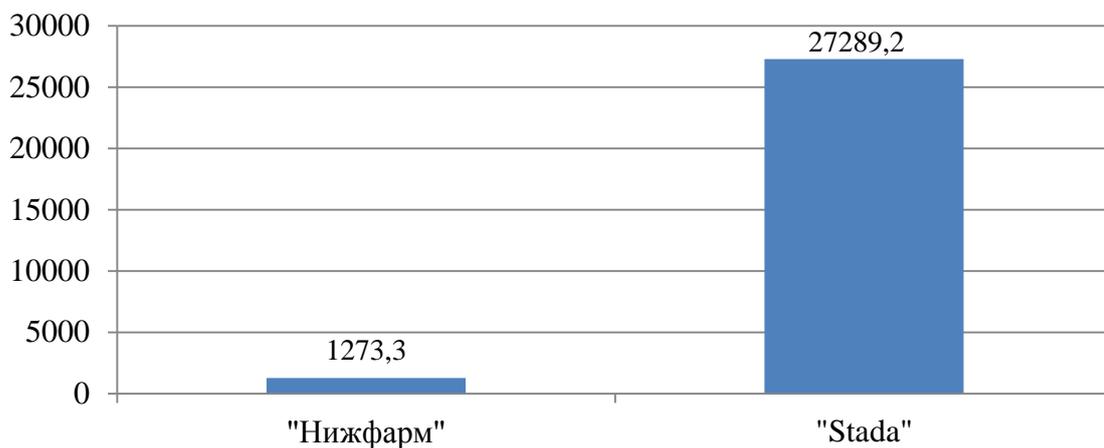


Рис. 2 – Объем реализации продукции в стоимостном выражении компаниями «Stada» и «Нижфарм» перед процедурой вертикальной интеграции.

Итак, цели «Нижфарм» понятны – объединение усилий двух компаний должны в итоге привести к расширению географических рынков продаж и

увеличению продаж на существующих рынках. Компания «Stada» же рассматривала покупку «Нижфарм» как стратегический шаг для расширения бизнеса в странах СНГ. До момента вхождения в состав «Stada», доля «Нижфарм» не превышала 1% на российском фармацевтическом рынке. После вхождения в состав компании «Stada», совокупные продажи компании выросли с 1 589 548 тыс. руб. в конце 2005 года, до несопоставимых 2139,2 млн евро к концу 2017 года. Основные показатели деятельности «Stada» можно проследить в таб. 1.

Таб. 1 – Стоимостные показатели деятельности компании «Stada» за 2016-2017 гг, млн евро.

Показатель	2016, млн евро	2017, млн евро	Изменение, %
Объявленные продажи группы	2313,9	2139,2	8
Скорректированные продажи группы	2255,3	2128,7	6
Объявленная EBITDA	363,8	361,5	1
Скорректированная EBITDA	433,9	398,0	9
Объявленная чистая прибыль	433,9	85,9	-1
Скорректированная чистая прибыль	195,6	177,3	10
Объявленная прибыль на акцию	1,37	1,38	-1
Скорректированная прибыль на акцию	3,14	2,85	10

Источник: <https://www.stada.ru>.

Проблематика интеграции обосновывается не столько сложностью получения доступа «Нижфарм» к источникам сырья, а сколько отсутствием финансовых возможностей производить фармакологические исследования, анализы и синтезы новых препаратов, клинические исследования.

В данном случае можно отметить такой процесс, как – «интеграция назад» на стадию вниз. Слияние на стадию вниз, дает возможность компании-покупателю («Stada») создать для себя дешевый и стабильный источник сырья для собственного производства, который контролировать тоже будет она, а для компании-цели – это возможность расширить перечень операций компании и

создать для себя источник стабильного спроса на свою продукцию, а также контролировать его, будучи в составе группы компаний.

Таким образом, в результате изучения процесса вертикальной интеграции и его влияния на развитие фармацевтических компаний, необходимо сделать вывод о том, что формирование и развитие процессов слияний и поглощений на фармацевтическом рынке демонстрирует тенденцию к усилению концентрации компаний в рамках вертикальной интеграции. Например, в последние несколько лет, многие крупные фармкомпании осуществили процессы вертикальной интеграции, и приобрели более мелкие. Необходимость подобных процессов обуславливается стремлением сократить издержки производства, распределением и сбытом произведенной продукции, и дальнейшим увеличением прибыли и повышением конкурентоспособности организации.

#### Список литературы.

1. Горлов В.В. Состояние фармацевтического рынка России и показатели эффективности производственной деятельности фармацевтических организаций // Финансовая аналитика: проблемы и решения. 2013. № 7 (145). С. 22-27.
2. Евстратов А.В., Рябова Г.А. Основные тенденции и перспективы развития фармацевтического рынка Российской Федерации // Молодой ученый. 2014. – № 19(77).
3. Евстратов А.В., Игнатьева В.С. Ретроспективный обзор процессов слияний и поглощений на мировом фармацевтическом рынке // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2016. № 11 (145). С. 24-31.
4. Евстратов А.В., Гончарова А.Е. Обоснование эффективности процессов слияний и поглощений на фармацевтическом рынке: мировой опыт и российская специфика // Baikal Research Journal. 2017. Т. 8. № 4.

5. Литвиненко М. А. Развитие корпораций в фармацевтической промышленности: тенденции и приоритеты для компаний // Экономический анализ: теории практика. – 2012 – № 32 (287). – С. 29–36.

УДК 61

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ «БЕРЕЖЛИВОЕ  
ПРОИЗВОДСТВО» ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Новолокина Александра Александровна**

Россия, г. Волгоград, ГУЗ «Детская поликлиника №1»

Научный руководитель: канд.экон.наук, доц. Аракелова И.В.

Нет ничего более ценного на земле, чем жизнь человека! И долг врача не только знать, как больному излечиться от недуга, но и в том, чтобы помочь ему, как можно быстрее и эффективнее применить все новейшие достижения в медицине, чтобы избавить пациента от страданий и поставить его на ноги. «Без здоровья невозможно и счастье (В.Г. Белинский)». Ответственность за оказание качественной медицинской помощи больному, в первую очередь, ложится на первичное звено в современном здравоохранении.

Однако, по данным статистики в России за последние годы выявлены существенные проблемы в организации работы первичного звена здравоохранения: большая очередность, значительная деятельность прохождения полного цикла мероприятий осмотров, а также недостаточная инфраструктура поликлиник. Все это, бесспорно, влияет на низкий уровень качества оказания медицинских услуг первичного звена. Таким образом, для решения накопившихся проблем в оказании качественных медицинских услуг был подписан Указ Президента Российской Федерации в 2018 году Национальный проект «Здравоохранения», который состоит из 8 федеральных проектов, одним из них является «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

Основой эффективной организации работы оказания медицинских услуг первичного звена – бережливая поликлиника.

Концепция бережливой поликлиники - это Удовлетворенность = Медицинская услуга > Ожидание.

К инструментам внедрения бережливой поликлиники относятся:

- организация рабочего места
- стандартизованная работа
- составление плана мероприятий и реализация улучшений
- мониторинг и оценка процессов
- информационный стенд по проектам

(Министерство здравоохранения Российской Федерации Государственная корпорация по атомной энергии «Росатом»: Федеральный проект «Бережливая поликлиника» применение методов Бережливого производства в медицинских организациях открытие проектов по улучшениям, 2017 год)

На сегодняшний день в Волгоградской области имеется 134 медицинской организации, из которых 91 оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь. Взрослое население: 80 медицинских организаций: 29 амбулаторно-поликлинических учреждений, 51 поликлинических отделений больниц. Детское население: 8 самостоятельных детских поликлиник, 37 амбулаторных подразделений, 36 больничных медицинских организаций. В настоящее время на территории Волгоградской области внедрен и реализуется проект «Бережливая поликлиника» в трех детских поликлиниках и трех взрослых поликлиниках, всего 15 структурных подразделений, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослому и детскому населению (по данным официального сайта Комитета здравоохранения Волгоградской области), что составляет 16% от общего количества амбулаторно-поликлинических учреждений Волгоградской области, в том числе 10% поликлиник взрослых населений и 37% поликлиник детского населения.

Несмотря на актуальность проблемы и необходимость решения ее, в регионе нет 100% участия медицинских учреждений в реализации национального проекта «Бережливая поликлиника». На мой взгляд, это связано прежде всего:

- с нехваткой квалифицированных кадров (в том числе и узких специалистов)
- недостаточным количеством персональных компьютеров
- техническим оснащением поликлиники

В первую очередь, причина указанных проблем исходит от недостаточного бюджетного финансирования.

К сожалению, это влияет на низкий уровень оказания медицинских услуг первичным звеном и в конечном итоге на низкую удовлетворенность полученных услуг пациентом.

И все – таки, «чтобы дойти до цели, надо, прежде всего, идти» (Оноре де Бальзак), будущее в Здравоохранении за эффективной работой «Бережливых поликлиник».

Список литературы.

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации Государственная корпорация по атомной энергии «Росатом»: Федеральный проект «Бережливая поликлиника» применение методов Бережливого производства в медицинских организациях открытие проектов по улучшениям, 2017 год

2. Министерство здравоохранения Российской Федерации национальный проект «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018. №16)

3. Официальный сайт Комитета здравоохранения по Волгоградской области

УДК 61

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Синенко Татьяна Анатольевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд.экон.наук Соболева С.Ю.

Современные тенденции глобализации и интеграции, а также сложившийся высокий уровень конкуренции на рынке медицинских услуг обуславливают необходимость более тщательного анализа и изучения человеческого капитала как одного из главных факторов, выдвигая на первое место вопросы и задачи управления персоналом. Рассматривая концептуальную сложность теоретических понятий в области управления персоналом, ученые указывают на его значимость, подчеркивая, что результат деятельности любой организации зависит от того, какие люди в ней работают [4].

Исследование вопросов управления персоналом в сфере здравоохранения является насущно необходимым в силу ряда причин. Во-первых, за длительный период времени происходивших трансформаций в отрасли накопилось немало проблем, порождающих низкое качество предоставляемых медицинских услуг. Во-вторых, рыночные преобразования, затронувшие системы и структуры управления медицинскими учреждениями, обусловившие необходимость совершенствования организационной культуры, качества управления, и наиболее полного использования человеческих ресурсов [3]. Это, в свою очередь, приводит к выводу о том, что все вопросы, связанные с управлением медицинским персоналом, в том числе мотивация, управление конфликтами и оценка и другие, в первую очередь определяют качество оказания медицинской помощи населению и возможность занимать определенную нишу в условиях совершенной конкуренции на рынке медицинских услуг.

В своем исследовании будем исходить из следующего определения конкуренции в здравоохранении: «это состояние и процесс взаимоотношений

субъектов производства и потребления медицинских услуг в рамках специфической цивилизованной формы соперничества по достижению наивысшей степени удовлетворения целевых потребностей клиента» [1].

Как нам представляется, степень удовлетворения потребностей клиента напрямую связана с уровнем профессионализма медицинского работника, его умением брать на себя ответственность за принятые в процессе предоставления разного рода медицинских услуг, решения. В данном аспекте важную роль играет такой значимый элемент системы управления персоналом медицинских организаций, как его оценка. Уделяя значительное внимание данной процедуре, многие ученые и специалисты по-разному трактуют данную категорию. Но в то же время, практически все они сходятся на мнении о том, что оценка может выступать в качестве средства, позволяющего определить реальные характеристики кадрового состава с учетом его сильных и слабых сторон, а также стратегических перспектив развития организации. Оценка персонала является основой для принятия кадровых решений и установления причин успехов и провалов реализуемой кадровой политики.

Эффективность оценки персонала напрямую зависит от наличия ряда элементов, одним из которых является наличие критериев оценки и идеального «портрета» сотрудника. Медицинская организация должна учитывать те характеристики, которые имеют приоритетное значение для пациентов, поскольку именно их мнение является основой устойчивого положения организации на рынке. К наиболее значимым критериям конкурентоспособности медицинского учреждения, включающие в себя и характеристики персонала, относятся следующие:

- время ожидания приема врача в поликлинике;
- способность врачей обеспечить медицинские услуги в соответствии с установленным временем;
- отношение медицинского персонала к пациенту;

- доступность информации о медицинских услугах;
- удобство сдачи анализов и получения результатов лабораторных исследований;
- степень комфорта пребывания в лечебном учреждении;
- использование различных передовых методов диагностики и лечения;
- удовлетворенность пациента результатами лечения [2].

Как утверждают ученые, многие методы оценки персонала, которые достаточно успешно применяются в практике медицинских учреждений, сложились еще в прошлом веке. Тем не менее, их значительная трансформация в ходе эволюции позволяет достаточно эффективно проводить значимую для современных медицинских учреждений процедуру определения уровня квалификации сотрудников, соответствия их личностных характеристик занимаемой должности, и адекватности поведения на рабочем месте.

Одним из распространенных в сфере здравоохранения методов оценки персонала является аттестация, которая представляет собой не только специальное управленческое мероприятие, периодически проводимое в полном соответствии с российским трудовым законодательством, но и механизм осуществления государственного контроля за качеством подготовки медицинских работников. Профессиональная компетентность медицинского персонала рассматривается как одно из основных свойств качества оказываемой медицинской помощи. Согласно данным выводам, современный подход, реализуемый к оценке профессиональной компетенции медицинских работников должен обладать комплексным характером, отражая при этом структурный, технологический и результативный компоненты качества медицинской помощи. Соответственно, в условиях конкуренции, медицинские организации все чаще обращаются к современным методам проведения процедуры оценки персонала, которые позволяют установить наиболее точно

самые важные на данный момент профессиональные свойства сотрудников организации:

- метод анкетирования;
- метод классификации;
- метод сравнения;
- метод оценки по решающей ситуации и пр.

Применение некоторых из представленных методов оценки, или всего их комплекса в медицинских учреждениях свидетельствует о стремлении данных организаций к постоянному повышению уровня качества предоставляемой на их базе медицинской помощи посредством формирования командного подхода, повышения квалификации и навыков осуществления практической работы медицинским персоналом. В свою очередь, оценка деятельности медицинского персонала может быть включена в качестве составного элемента в систему корпоративного стратегического планирования развития организации в условиях конкуренции. Однако применяемые методы следует дополнить показателями, касающимися удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами. В этом случае проводимые мероприятия покажут свою комплексность и объективность.

Таким образом, в настоящее время оценке персонала, как основному элементу системы управления уделяется все большее внимание, что подтверждается проведением значительного количества таких мероприятий, 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. Данная необходимость обусловлена не только проведением эффективной кадровой работы в организациях, но и возможности занять ими необходимую нишу на рынке медицинских услуг в условиях высокого уровня конкуренции.

Список литературы.

1. Кружкова, Ю.И. Проблемы конкурентоспособности медицинских услуг в современных условиях / Ю.И. Кружкова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2017. - №10. – С. 154 – 159.
2. Система оценки персонала медицинских учреждений / Электронный ресурс // [www.vavilov.com.ua](http://www.vavilov.com.ua)
3. Соболева, С.Ю. Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С.Ю. Соболева, Обьедкова Л.В.// Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. - ВолГУ, 2009. С. 165 – 169. - ISSN 1998-992X
4. Харитоновна, П.В. Концептуальная сложность теоретических понятий в области управления персоналом организации / П.В. Харитоновна // Проблемы социально-экономического развития Сибири. – 2016. - №2. – С. 46 – 51.

УДК 005.21

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ  
ПРЕДПРИЯТИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Слащев Евгений Викторович**

Россия, г.Волгоград, Волгоградский государственный технический университет

Современное предприятие в сфере здравоохранения должно иметь такое соотношение между затратами и результатами производства, которое позволило бы ему быть прибыльным в долговременной перспективе, изыскивать новые формы приложения капитала, рынки сбыта своих товаров, работ или услуг (ТРУ), модифицировать и совершенствовать свои ТРУ в соответствии с требованиями рынка, находить более эффективные способы коммуникации с существующими и потенциальными потребителями, проводить обоснованную маркетинговую политику, применять принципиально новые методы управления и т.д.

В настоящий момент сложилась неопределенная ситуация относительно критериев оценки эффективности стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения. Следует отметить, что под термином «стратегическое управление», в первую очередь, понимается такое управление предприятием, которое способствует достижению стратегических целей компании, а не более распространенный синоним данного термина, определяющий его с позиций срочности и символизирующий долговременные цели организации. Такого рода неопределенность в изучении указанного вопроса определила выбор темы исследования, цель и обосновала ее актуальность.

Стратегический подход к оценке эффективности управления предприятием в сфере здравоохранения позволяет дать количественную характеристику качественным составляющим ресурсов, используя квалиметрические методы анализа, основанные на разного рода экспертных методах оценки. Таким образом, методика оценки эффективности стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения должна включать в себя синтетический набор иерархически сгруппированных качественных и количественных показателей. Предлагаемая методика оценки эффективности стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения (ОЭСУ) проводится в несколько этапов:



Рисунок 1 – Методика оценки эффективности стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения

Исходный уровень оценки эффективности стратегического управления предприятия состоит из ряда иерархически упорядоченных субпоказателей, которые, в свою очередь, также делятся на показатели более низкого порядка [1].

Схематично структура показателя эффективности стратегического управления предприятия в сфере здравоохранения представлена на рисунке 2.

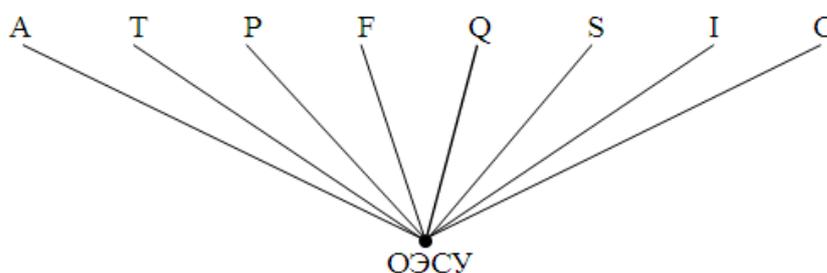


Рисунок 2 – Показатель оценки эффективности стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения

Первый уровень показателей ОЭСУ представляет собой: А - Показатель управления ассортиментом; Т - Показатель управления транзакционными издержками; Р - Показатель управления ценообразованием; F - Показатель управления внешнеэкономической деятельностью; Q - Показатель управления качеством; S - Показатель управления персоналом; I - Показатель управления инвестиционной деятельностью; С - Показатель управления издержками [2].

В свою очередь, рассматриваемые показатели подразделяются на несколько уровней более низкого порядка каждый, образуя, тем самым, иерархическую структуру составляющих комплексной оценки эффективности стратегического управления предприятием, например, показатель управления ценообразованием (Р) включает в себя: показатель соответствия ценовой политики типу рынка; показатель соответствия ценовой политики ЖЦП; показатель соответствия ценовой политики общим целям организационной системы и показатель приемлемости ценовой политики для потребителя [3].

Апробация предлагаемой методики оценки эффективности стратегического управления проводилась на трёх предприятиях осуществляющих производство различной продукции на территории Волгоградской области. В соответствии с методикой анализа и оценкой эффективности стратегического управления предприятием нами были выявлены сильные и слабые стороны процесса хозяйствования, а также сделаны рекомендации по выбору направлений использования резервов повышения качества стратегического управления.

Теоретическая и практическая значимость содержащихся в исследовании выводов, методических и практических предложений состоит в том, что они направлены на решение проблем, связанных с мобилизацией внутренних резервов для преодоления кризисных явлений, повышения эффективности и конкурентоспособности предприятий, действующих в сфере здравоохранения.

Таким образом, цель по разработке методики оценки эффективности стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения, поставленная в исследовании достигнута и получены соответствующие научные результаты.

Список литературы.

1. Инструменты антикризисного управления предприятием: монография / В.Ф. Галанжа, М.И. Кузьмина, Г.С. Мерзликина, Е.К. Пономарева, А.И. Рыльцев, Е.В. Слащев, В.Ф. Трунина, Р.Е. Шульман; под ред. Г.С. Мерзликиной; ВолгГТУ. - Волгоград, 2011. - 228 с.

2. Слащев, Е.В. Разработка системы оценки эффективности стратегического управления предприятием / Е.В. Слащев, Г.С. Мерзликина // Экономическая безопасность: новые взгляды и решения: матер. II межрегион. (заоч.) науч.-практ. конф. / ФГБОУ ВПО «Кубанский гос. ун-т». - Краснодар, 2011. - С. 144-148.

3. Слащев, Е.В. Оценка эффективности управления уровнем цен на продукцию предприятия в условиях современной экономики / Е.В. Слащев, Г.С. Мерзликина // Инновационное развитие экономики России: ключевые проблемы и решения: тез. докл. междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию образования ИХТИ, 28-30 окт. 2010 г. / ГОУ ВПО «Ивановский гос. химико-технол. ун-т», Каф. экономики и финансов. - Иваново, 2010. - С. 125-126.

УДК 659.442

## **МИССИЯ КАК НЕМАТЕРИАЛЬНЫЙ АКТИВ КОМПАНИИ** **Вейгендт Валерия Викторовна, Студеникин Захар Витальевич**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента  
Научный руководитель: канд.экон.наук Соболева С.Ю.

Согласно современным представлениям менеджмента любая компания должна разработать миссию. Это дело, которому служит организация. Считается, она формирует ценности, принципы, а также отражает ее предназначение, определяет роль, которую компания хочет играть в обществе. Миссия вносит стратегический смысл в деятельность компании, порождает стремление к совершенству и становится платформой мотивации персонала.

Миссия дает субъектам общее представление о том, что собой представляет организация, к чему она стремится, какие средства она готова использовать в своей деятельности. Считается, что миссия способствует формированию или закреплению определенного имиджа организации в представлении субъектов внешней среды. Именно миссия способствует формированию единения внутри организации и созданию корпоративного духа. Она создает возможность для более действенного управления организацией силу того, что будет базой для установления целей организации, обеспечивает непротиворечивость набора целей, также миссия расширяет для работника смысл и содержание его деятельности

Существуют широкое и узкое понимания миссии в менеджменте:

1) миссия в широком смысле рассматривается как констатация смысла существования организации. Это смысл существования компании с позиции удовлетворения потребностей клиентов, реализации конкурентных преимуществ, мотивации сотрудников фирмы.

2) миссия в узком смысле — это сформулированное утверждение относительно того, для чего или по какой причине существует организация, т.е. миссия понимается как утверждение, раскрывающее смысл существования организации, в котором проявляется отличие данной организации от ей подобных.

Правильно сформулированная миссия согласно критериям О.С. Виханского и А.И. Наумова должна содержать следующие характеристики:

- целевые ориентиры организации, отражающие то, на решение каких задач направлена деятельность организации, и то, к чему стремится организация в своей деятельности в долгосрочной перспективе;
- сфера деятельности организации, отражающая то, какой продукт организация предлагает покупателям, и то, на каком рынке организация осуществляет реализацию своего продукта;
- философия организации, находящая проявление в тех ценностях и верованиях, которые приняты в организации;
- возможности и способы осуществления деятельности организации, отражающие то, в чем сила организации, в чем ее отличительные возможности для выживания в долгосрочной перспективе, каким способом и с помощью какой технологии организация выполняет свою работу, какие для этого имеются ноу-хау и передовая техника.

В работе анализируются миссии трех успешных организаций из разных сфер по критериям О.С. Виханского и А.И. Наумова. На наш взгляд существует определенная закономерность между грамотно сформулированной миссией, в которой прослеживается четкий смысл существования организации, отличающий ее от других компаний, и тем успехом, которого она смогла добиться.

Первая компания, которую мы рассматривали — это компания McDonald's. Ее миссия звучит следующим образом: “Быть любимым местом

наших клиентов для того, чтобы поесть или попить. А формула для достижения этой цели – одна давняя формула "Макдоналдс": ККЧ и Д, что означает Качество, Культура обслуживания, Чистота и Доступность.” Опираясь на вышеназванные критерии, мы можем отметить следующее:

1) целевыми ориентирами McDonald’s является стремление в создании места для своих клиентов, в котором они смогут удовлетворить свои потребности в пище максимально просто и быстро, чему способствует качество, культура обслуживания и доступность.

2) сфера деятельности McDonald’s относится к сетям ресторанов быстрого питания и соответственно продуктом, предоставляемым для клиентов, являются продукты питания.

3) философия организации занимает очень важную роль в истории развития этой компании, ведь именно концепция быстрого обслуживания клиента сыграла главную роль и полностью перевернула представление людей о том, насколько процесс питания может быть простым. Это стало точкой отсчета для McDonald’s, так как заметив потенциал и будущее за идеей быстрого питания, РэйКрок в 1962 году решился на полный выкуп компании у братьев Макдональдов, после чего и стал развивать эту идею самостоятельно. Все эти ценности, заключающиеся в качестве, культуре обслуживания, чистоте и доступности транслируются до сих пор, что и позволяет этой организации на протяжении такого долгого времени оставаться одной из самых крупных и популярных во всем мире. Все мы можем говорить о вреде продуктов, предоставляемых в этих заведениях, но несмотря на это, мы все равно продолжаем их посещать и получать удовольствие даже от самой атмосферы, которая там царит и которая позволяет нам окунуться в мир настоящего фастфуда.

Вся эта история демонстрирует нам то, как придерживаясь успешной миссии, основанной на сохранении ценностей, компания способна добиться такого колоссального успеха.

Далее в качестве примера мы взяли компанию Adidas, как один из самых известных, популярных и востребованных спортивных брендов во всем мире. Миссия Adidas – это “Быть лидером среди мировых спортивных брендов. Мы достигаем лидерства, опираясь на наше видение - наша страсть к спорту делает мир лучше. Вся наша работа вдохновлена страстью к спорту, которая движет нами, позволяя совершенствовать себя и окружающий мир.”

1) целевым ориентиром Adidas является стремление быть передовым спортивным брендом, тем самым увеличивая значение спорта в жизни каждого из нас.

2) сфера деятельности Adidas – производство спортивной обуви одежды экипировки и инвентаря, делая спорт доступнее и ближе для всех.

3) философия этой компании строится вокруг распространения и развития спорта среди всех слоев населения во всем мире.

И наконец, третья компания – это компания LEGO, специализирующаяся на производстве конструктора. Ее миссия заключается в следующем: “Вдохновлять и развивать строителей завтрашнего дня”

1) в качестве целевого ориентира у компании LEGO выступает стремление развивать у детей творческое мышление, систематические умозаключения и раскрытие их потенциала для формирования собственного будущего через опыт реализации безграничных возможностей человека.

2) сфера производства компании LEGO относится к производству детских игрушек в виде конструктора, состоящего из большого количества маленьких пластмассовых кирпичиков, из которых можно собрать все что угодно, начиная от примитивного домика, заканчивая огромным космическим кораблем из серии фильмов STARWARS.

3) философия компании заключается в том, чтобы благодаря создаваемому продукту, показывать визуально те изобретения будущего, которые в скором времени могут стать частью нашей повседневной жизни.

В заключение можно сказать, миссии исследованных компаний соответствуют критериям менеджмента. Каждая из них несет в себе что-то уникальное, что помогает компании отличаться от других и в то же время понятна всем. Правильно сформулированная миссия создает общий вектор развития компании, являясь его нематериальным активом. На наших примерах мы смогли показать, что успешные компании придают этому инструменту важность, используют его в своей работе, основывая на нем свой рыночный успех.

Список литературы.

1. Виханский О.С., Наумов А.И. В54 Менеджмент: Учебник. — 3-е изд. — М.: Гардарики, 2003. — 528 с.: ил. ISBN 5-8297-0005-0 (в пер.)
2. Соболева, С.Ю. Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С.Ю. Соболева, Обьедкова Л.В. // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. - ВолГУ, 2009. С. 165 – 169. - ISSN 1998-992X
3. Официальный сайт компании McDonald's [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://mcdonalds.ru>
4. Официальный сайт компании LEGO [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://www.lego.com/ru-ru/>
5. Официальный сайт компании Adidas [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://www.adidas.ru>

УДК 61

## **ТЕНЕВОЙ БИЗНЕС В МЕДИЦИНЕ**

**Сулейманова Линда Сайпудиновна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента  
Научный руководитель: ст. преп. Ситникова С.Е.

Экономическая система является одной из сфер общественной жизни. В свою очередь она делится на два раздела: микроэкономика и макроэкономика. Мы рассмотрим раздел микроэкономики. Этот раздел изучает поведение экономических агентов, фирм и домохозяйств в процессе производства, распределения, потребления и обмена благ. Но все эти процессы могут происходить и не легальным образом, т. е. теневой бизнес.

Субъекты теневого бизнеса, который по разным оценкам составляет до 50% экономики страны, препятствуют развитию работающих по правилам предприятий. Уход от налогов, пошлин и взносов позволяет нелегальным компаниям держать низкие цены, в результате чего страдает честный бизнес, лишаясь клиентов и выручки. Основными причинами теневой экономики являются: государственное вмешательство в экономику. Удельный вес теневого сектора прямо зависит от степени государственного регулирования, тяжести налогового бремени и эффективности налогового администрирования. Другой причиной является нежелание или невозможность уплаты чрезмерно высоких налогов. Уклонению от налогов способствовала и слабость налогового администрирования. Контролировать теневой сектор экономики сложно из-за его больших объемов и направлений, основными из которых являются зарплаты «в конвертах», нелегально ввезенные в страну товары, незаконная торговля наркотическими веществами, контрафактной продукцией и оружием, скрытый доход юридических лиц, а также производство и продажа контрафактных медикаментов.

Теневой бизнес может развиваться в разных отраслях деятельности: пищевой, промышленной, творческой и даже в медицине. Мы рассмотрим более детально теневой бизнес в медицине. Медицина (лат. *medicina* от словосочетания *ars medicina* — «лечебное искусство», «искусство исцеления», и имеет тот же корень, что и глагол *medeor*, «исцеляю») — система научных знаний и практической деятельности, целями которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека. Медицина рассматривает человека в аспекте таких понятий как «болезнь» и «здоровье». Поэтому предметное поле медицины – это человек, рассматриваемый сквозь призму полярных и диалектически взаимосвязанных категорий здоровья и болезни. Свой вклад в теневые экономические отношения вносит и сектор здравоохранения. В его орбиту включаются такие явления, как коррупция и взяточничество во врачебной и управленческой среде, незаконная выдача больничных листов, фальсификация историй болезней и содействие за вознаграждение уклонению от призыва в армию. Большую долю теневого рынка составляют производство и продажа контрафактных медикаментов, уклонение от уплаты налогов и прочие нарушения. Наиболее опасным для общества является незаконный бизнес в сфере торговли внутренними органами человека, наркотическими, токсическими и психотропными препаратами. Свободная и бесконтрольная торговля этими товарами и субстанциями способствует криминализации общества и террористической деятельности, представляет повышенную опасность, как для самого государства, так и для мирового сообщества. Весьма острую и масштабную проблему для современного здравоохранения представляет оказание медицинских услуг специалистами с сомнительной квалификацией – различного рода целителями, представителями народной и нетрадиционной медицины. Только в Российской Федерации практикуют свыше 40 тыс. лиц, оказывающих целительские и сопутствующие им услуги. Значительная часть целителей работает «в тени», не

осуществляя соответствующей регистрации и лицензирования, не уплачивая налогов.

Одной из значимых причин развития теневого медицинского бизнеса являются высокие ставки налогов на легальную лечебную деятельность. Высокие государственные пошлины, сложный финансовый и налоговый учет, длительность и запутанность процедур регистрации и лицензирования врачей и клиник могут быть активным катализатором разрастания теневого медицинского бизнеса. Причиной разрастания теневого медицинского бизнеса может быть и неадекватная правовая база. Слишком мягкие наказания в виде административных штрафов или условных наказаний, вне всякого сомнения, стимулируют развитие незаконного медицинского предпринимательства и его распространение на все более высокий уровень и круг экономических явлений. Активизации теневого медицинского бизнеса способствует также и низкий уровень оплаты труда в здравоохранении развивающихся стран. Имея малые заработки по основному месту работы, сотрудники государственного сектора здравоохранения начинают активные поиски дополнительных доходов.

Государство должно комплексно помогать выходить бизнесу из тени. Больше уделять внимания контролю над финансовыми операциями. Это поможет исключить любую возможность отмывания денежных средств. Стоит продолжить работу в направлении снижения налоговой нагрузки для малого и среднего бизнеса, а также сокращать количество различных контролирующих органов.

Чтобы теневой бизнес не расширялся еще больше, нужно приложить возможные максимальные усилия, как со стороны государства, так и со стороны финансовых предприятий. Я считаю, что нужно снизить ставки налогов, повысить уровень административных штрафов, более четкий контроль за качеством выполнения той или иной деятельности.

УДК 36:614.2

**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В СОВРЕМЕННЫХ  
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

**Фингер Дмитрий Торстенович**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: д-р экон. наук, проф. Косинова Н.Н.

В нынешних реалиях рыночной экономики предоставление населению качественной медицинской помощи становится все более и более дорогостоящим для ЛПУ. В это же время бюджет, заложенный в здравоохранение, не позволяет финансирование этих расходов в полной мере. Поэтому необходим поиск других источников и резервов финансирования для оказания качественной медицинской помощи.

Длительное время управление системой отечественного здравоохранения осуществлялось преимущественно прямым администрированием, а роль экономических регуляторов практически игнорировалась. Финансирование здравоохранения традиционно основывалось на показателях ресурсного обеспечения (количественный фонд, численность медицинского персонала и прочее), а не на конечных результатах медиков. Лечебно-профилактические учреждения ориентировались только на систему нормативов, доводимых органами управления здравоохранения, и были лишены экономических стимулов к расширению объема деятельности и повышению качества медицинской помощи.

Господство административных методов управления в сочетании с финансированием на основе ресурсных показателей стало основой экстенсивного развития здравоохранения. Именно экономической дезориентацией можно объяснить тот парадоксальный факт, что система здравоохранения, десятилетиями не получающая достаточных необходимых финансовых средств, направляла эти ресурсы прежде всего на строительство

новых медицинских учреждений, расширение коечного фонда и наращивание численности выпускников медицинских ВУЗов. Не выделялись в должной мере средства на поддержание и модернизацию уже существующих лечебных учреждений, что приводило к ускоренному износу основных фондов, обветшанию зданий и корпусов, удорожанию их эксплуатации. Вместо полноценного ресурсного обеспечения каждого случая оказания медицинской помощи скудные финансовые средства расходовались на содержание все расширяющейся сети медицинских учреждений.

Экономические трудности, переживаемые нашей страной, поставили вопрос о необходимости перехода здравоохранения от экстенсивной системы распределения ресурсов к интенсивным моделям. В условиях ограниченных ресурсов особая роль принадлежит использованию методов планирования с целью приведения в соответствие объемов потребления ресурсов здравоохранения с имеющимися экономическими возможностями (на основе многовариантности решений и выбора оптимально из них в заданной системе приоритетов).

Одним из основных путей решения этой проблемы - это повышение внутренней экономической эффективности работы лечебно – профилактического учреждения. Совершенно очевидно, что сегодня эффективное управление в здравоохранении невозможно без решения руководителем финансово-экономических вопросов, оценки рентабельности медицинских учреждений, анализа ценообразования, себестоимости и методов оплаты медицинских услуг. Именно эти проблемы нашли отражение в решении коллегии МЗ РФ от 28 ноября 2001 г. “ О мерах по повышению эффективности использования ресурсов в здравоохранении” [1].

Экономические механизмы в управлении здравоохранением использовались еще в СССР, когда с 1967 года Минздрав совместно с Минфином начали эксперимент по применению новых принципов планирования, финансирования и экономического стимулирования. В

настоящее время существуют клиники, руководителям которых удалось внедрить и развить принципы экономического управления. Его основу составляет управленческий учет ресурсов и ресурсосберегающий менеджмент. Следует подчеркнуть отличие управленческого учета от традиционного бухгалтерского учета. Управленческий учет в отличие от бухгалтерского не является обязательным, служит целям внутреннего менеджмента и принимает формы, отвечающие потребностям конкретного учреждения. [2]

Реально управленческий учет возможен только с внедрением в лечебно-диагностический процесс современных автоматизированных информационных технологий. И сегодняшнее состояние информатизации здравоохранения позволяет перейти от автоматизации отдельных процессов учета медицинских услуг к созданию интегрированных информационных систем обладающих аналитическим механизмом для правильного принятия решения.

Современная информационная система - огромное хранилище данных в основе которой лежит принцип создания единого информационного пространства, благодаря которому появляется возможность объединить в информационную систему административные, управленческие, лечебно-диагностические, финансово-экономические и хозяйственные процессы.

Используя весь этот огромный объем информации необходимо правильно уметь анализировать ее и обрабатывать, а для этого нужны экономически грамотные главные врачи и их заместители, владеющие методами стратегического планирования и ресурсосберегающего менеджмента, который основывается на системе управленческого учета.

Информационная система это очень мощный инструмент, с самой разной областью применения:

- Хранение персонифицированной информации по каждому из пациентов (статистика обращений, данные анализов и инструментального обследования),

- Планирование и анализ использования ресурсов медицинского учреждения, оценка эффективности и адекватности финансовых затрат,
- Возможность проведения экспертной работы, формирования аналитических справок, и отчетов медицинской статистики,
- Проводить расчет себестоимости оказания медицинских услуг, бизнес планирование,
- Осуществлять оперативное управление финансовыми, кадровыми и материально – техническими ресурсами медицинского учреждения для повышения качества оказания медицинской помощи.

В настоящее время никто из управленцев и финансистов не мыслит своей работы без этого мощного инструмента, который позволяет в считанные минуты рассчитать разные варианты развития событий и выбрать самый оптимальный, в тоже время это один из самых мощных инструментов контроля за деятельностью персонала.

В итоге всего сказанного можно сказать, что для создания эффективной системы ресурсосберегающего менеджмента основанного на управленческом учете необходима создание информационной системы как одого из самых мощных инструментов финансового планирования и контроля.

Список литературы.

1. Решение коллегии Министерства Здравоохранения Российской Федерации №19 от 28.11.2001 < О мерах по повышению эффективности использования ресурсов в здравоохранении> [Электронный ресурс] URL: <http://docs.cntd.ru/document/901808106>

2. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. – М.: ИЭПП, 2007. – 112 с.: илл. – (Научные труды / Ин-т экономики переходного периода. No 105P). – ISBN 978-5-93255-195-0.

УДК 331.108.2

**РЕАЛИЗАЦИЯ ИНТЕРЕСОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРАКТИЧЕСКОЙ  
МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ ЗА СЧЕТ  
СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДР (НА ПРИМЕРЕ  
ВОЛГОГРАДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА)**

**Чупрунова Виктория Юрьевна**

Магистрант

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд.экон.наук. Днепроvская И.В.

В настоящее время с большой долей уверенности можно утверждать, что современная система подготовки врачей в нашей стране является одной из наиболее ориентированных на практическую деятельность по сравнению с целым рядом других специальностей, что, в свою очередь, берет начало с советского периода. Такая высокая степень интегрированности выпускников медицинских вузов в практическую медицину обусловлена наличием клинических кафедр, без которых невозможно представить подготовку кадров в сфере здравоохранения.

Цель данного исследования: выявить взаимные интересы учреждений практической медицины и медицинских вузов в процессе обучения в рамках учебных клинических кафедр на примере ВолгГМУ.

Следует отметить, что в числе лидеров по организации работы клинических кафедр достойное место занимает Волгоградский государственный медицинский университет, который в рейтинге 49 медицинских вузов «Национальное признание: лучшие вузы 2019» занимает третью позицию. В 2019 году ВолгГМУ организует образовательный процесс на восьмидесяти базах практической подготовки, где размещено семьдесят восемь кафедр. [1]

Успешное сотрудничество между учебными клиническими базами и ВолгГМУ строится на многолетнем опыте взаимодействия, осуществляемом на договорной и безвозмездной основе. Обучение производится педагогическими и научными работниками ВолгГМУ, имеющими сертификат специалиста, либо свидетельство об аккредитации специалиста. Кроме высокой квалификации и практических навыков преподавателей существенное значение имеет медицинская техника и оборудование, лекарственные препараты, а также прочие материалы, предоставляемые обучающимся в процессе подготовки на клинических базах. [1]

Одной из успешно развивающихся кафедр ВолгГМУ является кафедра терапевтической стоматологии. Данная кафедра является клинической, что обуславливает практикоориентированный характер обучения, который предусматривает помимо теоретического изучения материала прием больных. Таким образом, студенты стоматологи имеют возможность отрабатывать методику ведения пациентов уже со второго курса обучения.

Кафедра занимается лечебной деятельностью с учетом внедрения передовых достижений стоматологии. В настоящее время она располагает тремя клиническими базами:

- Учебный корпус №4 ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России;
- ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника»;
- ГАУЗ «Клиническая стоматологическая поликлиника №10».

Сотрудники данной кафедры осуществляют прием пациентов на данных клинических базах, работают в рамках консультативных советов, занимаются методическими разработками для практического здравоохранения, участвуют в методических совещаниях и выездных конференциях.

Следует отметить, что с момента своего основания в 1960-х годах кафедра отличалась инновационным подходом к организации обучения. Так, ее основателем, профессором Е.А. Магидом была создана студенческая

поликлиника, что, в свою очередь, позволило обучаемым наиболее полно отрабатывать свои мануальные навыки.

Создание клинических кафедр при учреждениях практической медицины не только помогает студентам в процессе обучения получить все необходимые навыки работы, но и даёт возможность формировать кадровый резерв лечебным учреждениям. Таким образом, студенты, которые зарекомендовали себя как ответственные, компетентные специалисты, получают возможность последующего трудоустройства в медицинское учреждение, при котором функционирует клиническая кафедра. Важно, что учреждение практической медицины получает не просто хорошего специалиста, а сотрудника, знакомого с организационной культурой и внутренней средой организации, что значительно упрощает процесс адаптации на рабочем месте и повышает производительность.

Следовательно, организация обучения студентов медицинских вузов в рамках клинических кафедр приносит взаимную помощь как принимающим учреждениям практической медицины, так и значительно повышает практические навыки самих обучающихся. Медицинские учреждения могут выбрать сотрудников для дальнейшего трудоустройства с учетом требований своей организации, в то время как вуз получает доступ к необходимой для подготовки в рамках медицинской специальности технике и оборудованию, инструментам, лекарственным препаратам и т.д.

#### Список литературы.

1. Волгоградский государственный медицинский университет: официальный сайт – [электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.volgmed.ru/ru/news/content/2019/09/18/8126/>

УДК 61

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ РЕСУРСОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ РОССИИ**

Шаховская Л.С.

профессор кафедры Экономики предпринимательства  
Волгоградского государственного технического  
университета – регионального опорного университета

Общественные ресурсы экономического развития - это гражданская активность самого населения, которая в отличие от материальных или технологических ресурсов не имеет границ для своего использования, поскольку их носителем является сам человек, чьи способности, знания и умения, развиваются в процессе его жизнедеятельности под воздействием НТП, улучшением условий его труда, роста доходов, повышением качества той внешней социально-экономической среды, в которой он функционирует.

В любой модели социально - ориентированной рыночной экономики, государство стремится к достижению социального согласия между всеми субъектами хозяйствования, в том числе и в социальной сфере, где производятся общественные блага, к которым по основному закону – Конституции РФ, граждане имеют равный доступ, вне зависимости от социального статуса или уровня доходов населения. К числу таких общественных благ, которые производятся и обращаются в условиях рыночной экономики на социально-значимых рынках, относятся сферы образования и здравоохранения.

Без хорошего образования невозможно создать быстрорастущую национальную экономику, оперативно адаптирующуюся ко всем изменениям внешней среды нашей жизнедеятельности, которая в условиях глобализации носит не просто неустойчивый, а чрезвычайно беспорядочный характер.

Без хорошего здравоохранения так же невозможно решить цели экономического развития и обеспечить национальной экономике быстрый

экономический рост, поскольку хорошее здоровье нации, является залогом стабильного развития любого государства и служит гарантией воспроизводства человеческого ресурса, как одного из ведущих факторов экономического роста. Не случайно, президент РФ последнее по времени заседание Госсовета (в конце октября 2019 года) в Калининградской области посвятил вопросу доступности для населения России всей системы здравоохранения, начиная с ее первичного звена.

Практически каждый регион РФ, в составе профессиональной образовательной системы, имеет медицинский университет или средние профессиональные медицинские образовательные организации, которые все более интегрируются с медицинскими ВУЗами и учреждениями здравоохранения, функционирующими в регионах. Студенты этих медицинских университетов и колледжей, их гражданская активность и представляет собой тот общественный ресурс, который надо использовать для совершенствования региональной системы здравоохранения, и, в частности, ее первичного звена, поскольку именно с него их выпускники начнут свою профессиональную деятельность.

Что могут сделать учащиеся медицинских образовательных учреждений, еще на студенческой скамье, то есть в процессе обучения? Чтобы ответить на этот вопрос целесообразно вспомнить, что предыдущие годы существования нашей страны в условиях плановой системы, где вся медицина дотировалась государством и была бесплатной для всего населения, ее основой была *профилактика*, поскольку государство было заинтересовано в поддержке здоровья населения от рождения и на протяжении всей его жизни, что существенно сокращало затраты государства на содержание всей системы здравоохранения в целом.

Сегодня, в начале XXI столетия, когда в условиях современных коммуникаций и глобальной сети Интернет, можно получить любые знания, значение профилактики возрастает как никогда, поскольку состояние здоровья

человека и его реакция на те или иные способы лечения, весьма индивидуальна, а рекомендуемые в глобальной сети средства борьбы с заболеваниями или профилактические меры, могут быть получены вообще от людей некомпетентных, не имеющих никакого отношения к медицине. Более того, здоровье становится для людей самой большой ценностью и за его сохранение они готовы платить не малые деньги. Студенты медицинских учебных заведений могли бы взять на себя профилактическую работу с населением и осуществлять ее в рамках учебного процесса в форме общественной практики. Для этого целесообразно выделить целевые аудитории пациентов, которые, собственно, и станут объектом профилактической просветительской деятельности, которую можно вести в любой организации, на территории любого общественного пространства (клубы, дворцы культуры, помещения самих медицинских учреждений).

Другими словами, индивидуальная профилактическая работа врача первичного звена с каждым пациентом в отдельности, на которую идет время, могла бы быть существенно сокращена за счет его экономии в пользу дополнительного обследования, поскольку пациент сам бы во-время обращался к врачу, понимая, что во многих случаях промедление смерти подобно.

Второе направление деятельности студентов – медиков, связано с социальным предпринимательством в сфере ухода за тяжело больными людьми, которые либо временно, либо постоянно ограничены в передвижениях. Доверие родственников к таким социальным организациям, укомплектованных будущими врачами, значительно выше, чем к случайно найденным людям, которые должны ухаживать за их близкими. Для студентов - медиков – это форма заработка уже на студенческой скамье, поскольку это дополнительные услуги, которые в условиях рыночной экономики принимают платную форму.

И в том, и в другом случае, это практика и продолжение процесса обучения, а значит совершенствование именно первичного звена здравоохранения, в котором пациент общается с будущим врачом общей

практики и, где особенно важно доверие между врачом и пациентом: первый - заинтересован в повышении своей профессиональной квалификации и получении узкой специализации в будущем, а второй – в сокращении сроков лечения и минимизации расходов на этот процесс.

Список литературы.

1. Общественные ресурсы экономического развития в современной России: формирование, использование и дальнейшие перспективы : монография / Л.С. Шаховская, И.А. Морозова, А.Ф. Джинджолия, О.С. Пескова; ВолгГТУ. - Волгоград, 2014. - 145 с.

2. Шаховская, Л.С. Маркетинг лояльности: теория, методология, практика : монография / Л.С. Шаховская, И.В. Аракелова; ВолгГТУ. - Волгоград, 2015. - 223 с.

УДК 330.1+614.253

## **КАТЕГОРИИ «МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА И ПОМОЩЬ» В РАКУРСЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ**

**Соболева Светлана Юльевна**, канд.экон.наук,

**Соболев Александр Витальевич**, канд.экон.наук, доц.

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента

Введение. Категория «медицинская услуга» неоднозначно оценивается в научном дискурсе. Медицинское сообщество и часть юридического высказывают свои опасения по поводу отнесения здравоохранения к сфере услуг. И это достаточно оправдано. С юридической стороны возникает казус подпадания сферы здравоохранения под закон о защите прав потребителей [1], а со стороны врачебного сообщества возникают вопросы соотношения медицинской услуги и помощи. На сегодня в социуме сформировался негативный образ медицинского работника и всей сферы здравоохранения, который транслируется СМИ и закрепляется в сознании потребителя.

Применение термина «медицинская услуга» способствует повышению уровню непонимания в коммуникациях системы здравоохранения с пациентами, однако данному явлению имеются и обоснования с позиций экономической теории.

Материалы и результаты исследования. Использование данной категории в условиях рынка с точки зрения экономической науки вполне допустимо и оправдано, поскольку в экономике производится только два вида продукта – товар и услуга. Товар определяется как «специфическое экономическое благо, произведенное для обмена» [2]. Под услугой понимается «благо, предоставляемое не в материальной форме, а в форме деятельности» [3]. Сфера здравоохранения формирует деятельностьные блага именно в непосредственном присутствии и даже участии пациента.

По функциональному назначению выделяют материальные услуги, обеспечивающие восстановление (изменение, сохранение) потребительских свойств изделий или изготовление новых изделий по заказам граждан, а также перевозку грузов и людей, торговые, банковские услуги и т.п. и нематериальные (социально-культурные), обеспечивающие поддержание и восстановление здоровья, духовное и физическое развитие личности, повышение профессионального мастерства и т.п. [4]

Все то, что удовлетворяет человеческие потребности, экономическая теория относит к категории благ. Благо – это «... предмет, явление, продукт труда, удовлетворяющий определенную человеческую потребность...» [2, с.141]. Товары и услуги относятся к благам, особым из них выступает общественное благо, которое не является предметом соперничества и не является исключительным [5]. Именно этими свойствами обладают образовательные и медицинские услуги.

Категорию услуг следует подразделять на собственно услуги – транспортные, парикмахерские, банковские, и общественные блага – медицинские, образовательные услуги, национальную оборону, программы борьбы с бедностью и т.п. При этом медицинская услуга является наиболее

общественно значимой из всех перечисленных, поскольку затрагивает наиболее ценные для индивида вопросы его жизни и здоровья, базисные, основообразующие их всех потребности.

Дискуссионным остается вопрос первичности услуги или медицинской помощи. В соответствии с трактовкой Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь – это комплекс «мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг».

Согласно данному определению медицинская помощь состоит из ряда услуг, что на наш взгляд не совсем верно. Медицинская помощь первична для пациента, это то, что он в первую очередь желает получить. Услуга не является компонентом помощи, наоборот, медицинская помощь – это ядро, содержательная часть медицинской услуги, вторым элементом которой является сервисная составляющая. Для того, чтобы медицинская помощь стала услугой, в ее составе должны появиться элементы сервиса – оборудованные одно-, двухместные палаты, наличие гигиенических комнат в каждой палате, красиво оформленные помещения и т.п.

Многоуровневое понимание медицинской услуги как состоящей из медицинской помощи и сервиса дает нам иной ракурс взаимоотношений врача и пациента, в соответствии с которым врач должен быть ответственным за оказание помощи, а вот сервисная составляющая должна войти в круг обязанностей административных, вспомогательных служб, а также государственных структур, отвечающих за финансирование сферы здравоохранения.

Выводы. Таким образом, в контексте экономической теории применение термина медицинская услуга является правомочным и оправданным, так как по своему содержанию соответствует рыночному характеру производственного процесса. Медицинская услуга имеет многоуровневый характер, состоит из

ядра – медицинской помощи и сервисной оболочки. На наш взгляд, нормативное понимание данной категории должно быть пересмотрено в связи с неправомочным отождествлением медицинской помощи с оказанием услуг.

Список литературы.

1. Сердюкова О. «Медицинская помощь» и «медицинская услуга» [Электронный ресурс] //Контент платформа: [сайт]. [2019]. URL: <https://pandia.ru/text/77/200/27381.php> (дата обращения 14.10.2019)
2. Экономическая теория:Учебник / Под общ. ред. акад. В.И.Видяпина, А.И.Добрынина, Г.П.Журавлевой, Л.С.Тарасевича. – М.: ИНФРА-М. – 2000. – 714 с. – С. 143
3. Вокабула. Энциклопедии, словари, справочники – онлайн. [Электронный ресурс] // Словарь «Маркетинг услуг». (дата обращения 15.10.19)
4. Экономический словарь: справочное издание/ В.И.Нечаев, П.В.Михайлушкин. – Краснодар. – Краснодар, «Атри». – 2011. – 464 с. – С. 351
5. Мэнкью Н. Грегори Принципы экономики / Н. Грегори Мэнкью //СПб: Питер, 2003. – 624 с. – С. 196
6. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Портал Консультант+ [сайт] URL:[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/b819c620a8c698de35861ad4c9d9696ee0c3ee7a/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/b819c620a8c698de35861ad4c9d9696ee0c3ee7a/) (дата обращения 14.10.19)

УДК 61

**УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКОГО  
ПЕРСОНАЛА: ИЗБЫТОЧНОСТЬ ИЛИ УСПЕШНОСТЬ**  
**Ломовцева О.А.**

Чего больше в управлении: знаний и освоенных навыков или интуиции и везения? Вопросы, подобные этим, обсуждаются в различных дискуссиях (и профессиональных, и публицистических) со времен зарождения науки управления - более ста лет. Не угасают споры о том, можно ли уложить

отношения управления в рамки каких бы то ни было схем, инструкций, регламентов, стандартов. Автор статьи делает попытку примерить позиции действенности общих законов и закономерностей менеджмента для такой специфичной сферы деятельности, как здравоохранение. Здесь мы сталкиваемся с тем, что одни медицинские организации добиваются успехов, становятся известными, признанными, даже эталонными в своем сегменте, а другие, работая в аналогичной среде (своего рода квазирынка), страдают от недофинансирования, нехватки кадров, порой просто прозябают, невзирая на попытки их модернизировать.

Современная ситуация начала XXI века характеризуется глубоким проникновением концептов менеджмента в такие сферы, в которых ранее менеджмент было принято доверять специалистам, признанным лидерам в той отрасли и профессии, которой занималась организации (например, руководитель - ведущий врач в больнице или опытный учитель в школе). Однако эволюция моделей и концепций управления периодов промышленной революции и индустриальной эпохи конца XX века показала их возможности не только в технократическом аспекте, но и в аспектах социально-психологического, поведенческого, неформального способов организационного взаимодействия. Целый пласт знаний управленческой мысли [1, с.15], проиллюстрированный лаконично в приведенной двухмерной матрице на рисунке, является тому подтверждением.

Используя параметры данной матрицы, которые интерпретируют «закрытость» или «открытость» организации как ее связь с внешней средой, а «результаты» и «отношения» - как игнорирование или использование в управлении организацией поведенческого потенциала ее работников, можно говорить о четырех основных подходах к управлению организацией:

- подход на основе попыток применения одной из школ управления;
- процессный подход или попытки сочетания производственных и социальных процессов;

- системный подход или проектирование организации как сложной системы с учетом множества факторов;
- ситуационный подход или опора на самоорганизацию и саморазвитие.

		Организация - закрытая система	Организация - открытая система
Ориентация на	<p>Этап 1. 1900-1930 гг.</p> <p>Традиционное управление:</p> <p style="padding-left: 40px;">М. Вебер</p> <p style="padding-left: 40px;">Ф. Тейлор</p> <p style="padding-left: 40px;">А. Файоль</p>	<p>Этап 3. 1960-1980 гг.</p> <p>Системный подход к управлению:</p> <p style="padding-left: 40px;">П. Дракер</p> <p style="padding-left: 40px;">Р. Акофф</p>	
Ориентация на	<p>Этап 2. 1930-1960 гг.</p> <p>Бихевиоризм и социальные отношения:</p> <p style="padding-left: 40px;">Э. Мейо</p> <p style="padding-left: 40px;">Д. Макгрегор</p> <p style="padding-left: 40px;">Ф. Герцберг</p>	<p>Этап 4. 1980 – наст.вр.</p> <p>Предпринимательство и ситуационный подход:</p> <p style="padding-left: 40px;">Г. Минцберг</p> <p style="padding-left: 40px;">Т. Питерс и Р. Уотерман</p> <p style="padding-left: 40px;">У. Оучи</p>	

Рисунок - Развитие концепций менеджмента

Такая классификация говорит о том, что для эффективного менеджмента в конкретной сфере деятельности (отрасли, в организации) необходимо творчески осмыслить и адаптировать различные концепции, ни в коем случае слепо не копировать и механически не переносить на новую почву. Большинство типичных ошибок в применении управленческих теорий в практике возникало по причине неадекватной оценки стартовых условий, уже достигнутых результатов. Руководитель медицинского учреждения, например, зачастую не хочет признаться себе в том, что следует учиться этому как новой профессии, если у него в кармане уже диплом о высшем образовании.

Справедливости ради следует сказать, что в условиях современной информационной среды, интенсивных коммуникаций, возможностей самообразования постепенно уходит обучение менеджменту в традиционном его понимании и все более замещается обучением на программах дополнительного профессионального образования, дистанционного обучения. Междисциплинарность, кросс-компетентность – это фактор успешности и устойчивого жизненного цикла не только отдельных людей, но и организаций в целом, их открытость для изменений, новшеств развития, обучения, готовность к интеграции основных предметных сфер деятельности (помимо своей профессии по базовому образованию) – бенчмаркинга, стратегического и маркетингового управления, информационных технологий, предпринимательства и пр. [2, с.54].

Современная динамика рынка труда и образования, нормативные требования отечественных регулирующих институтов говорят о том, что происходят существенные изменения в осознании того, что собой представляет менеджмент в организациях здравоохранения, какие задачи он решает и как осуществляется. В частности, что особенного в этом управлении?

Во-первых, это то, как мы понимаем и описываем управление, как мы его измеряем, то есть видим ли мы возможности дифференциации, создания отличий нашей организации от других, ей подобных. Управленческие концепты все больше направлены на то, как научить не быть такими, как все остальные: как уйти от стандартов, от принятых паттернов, как быть другими.

Второй фактор, имеющий принципиальное значение, -информатизация. Для медицины в этом смысле (с учетом нравственно-этических соображений, прежде всего) необходимо будет решать две задачи:

- как сделать так, чтобы не пропадала нужная информация;
- как сделать так, чтобы не появлялась ненужная информация.

Третьим очень важным фактором является изменение характера *продукта*, предоставляемого потребителям. В XXI веке основным продуктом

становится здоровье человека, продление его жизни, устранение болезней. Многие виды бизнеса сильно ориентированы на создание новых лекарственных препаратов, а также на создание всевозможных приборов и машин, которые будут позволять людям делать свое тело более здоровым, а свою душу более стрессоустойчивой. Налицо очевидность того, что это создает для медицины и дополнительные возможности, и дополнительные угрозы (случаи мошенничества, недобросовестности, подделок и пр.)

Четвертый фактор – это культура. Глобализация сделала все бизнесы интернациональными. Переток идей, технологий, компетенций унифицирует и выравнивает различия в продуктах, но люди продолжают сохранять национальные субкультурные черты. Следовательно, нужно уметь управлять разнообразием, сохранять разнообразие и использовать его преимущества наилучшим образом. Для медицины это может воплощаться в методиках лечения, в социальных взаимодействиях и пр.

Чтобы иметь возможность откликаться на вышеперечисленные факторы, менеджмент должен осваивать, укреплять и развивать управленческие компетенции. Например, медицинское учреждение – это открытая система, такая же открытая, как любая бизнес-компания: из внешней среды добывает ресурсы, во внешнюю среду передает (продает) продукты. Для этого медицинское учреждение нужно строить по бизнес-процессам - выделить ключевые бизнес-процессы, создающие ценность для клиентов, делать их реинжиниринг (процессный подход). Безусловно, это невозможно делать по наитию, нужно научиться.

Далее – компетенции групповой работы. Несмотря на доминирующую модель поведения «врач – пациент», менеджмент медицинского учреждения должен иметь компетенции проектной, командной работы, вовлечения персонала в достижение общеорганизационных целей, эффективного лидерства и пр. Без групповой работы невозможен переход к процессному управлению [3, с.9].

Отказ от привычки «брать с полки» и применять готовые решения для возникающих проблем. Речь даже идет о том, что нужно ментально перейти от поиска решений к поиску проблем в организации, превентивно действовать, что позволяет не вязнуть в текучке, рутинных действиях, а браться за решение важных проблем. Компетенции стратегического видения, стратегического планирования, экспертной работы – это то новое, что нужно для менеджмента в медицине.

Последний аспект, о котором необходимо сказать - построение такой организации, в которой можно вести управляемый обмен знаниями. Традиционно в медицине ценились преимущества индивидуального обучения, от этого зависело качество работы каждого конкретного сотрудника и успехи медицинского учреждения в целом. Однако информационное общество и тотальная цифровизация породили новую современную концепцию «научающейся организации» (learning organization): системное мышление сотрудников, развитие персонала, способность к изменению мышления, наличие общего видения, общей для всех картины будущего свое организации. Люди учатся и обретают необходимые качества не потому, что им так велели, а потому что им этого хочется.

В заключении, следует сказать, что все перечисленные изменения в управлении медицинским учреждением тесно связаны между собой: одно невозможно без другого. Желание руководителя освоить и воспринять только часть этих изменений вряд ли принесет пользу. Поэтому обучение, формирование и применение новых компетенций на системной основе может стать фактором успешности и самого руководителя, и его команды единомышленников, и организации в целом, поможет вести эффективный бизнес, как бы это не казалось несовместимым с присущим для здравоохранения патернализмом.

Список литературы.

1. Ломовцева О.А. Методологические основания исследований ключевых компетенций современного лидерства // Management and Marketing: Research, Analytics, Innovation: сборник научных работ Международной конференции (Белгород, 30 мая 2019 г.) / под науч. ред. к-та соц. наук, доц. Б.А. Тхорикова, к-та экон. наук, доц. С.Н. Прядко. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2019. С.14-18.
2. Ломовцева О.А., Тхориков Б.А. Смена парадигмы лидерства – морально-этические вызовы современности // Инновационное управление персоналом: сборник материалов кадрового форума, 25 апреля 2019 года / Курский гос. университет; [редкол.: М.А. Меньшикова]. Курск: Курский государственный университет. С.52-58.
3. Тхориков Б.А., Ломовцева О.А., Герасименко О.А. Использование индикативного управления в реализации государственных программ // Проблемы теории и практики управления. 2018. №8. С. 24-33.

УДК 614.2

**ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА  
В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРИИ.  
ФИЛОСОФИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ.**

**Островский Олег Владимирович, д-р мед.наук,**

**Резниченко Мария Федоровна, ст.преп.**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Внедрение менеджмента качества в систему российского здравоохранения стало мощным инструментом повышения качества предоставления медицинских услуг населению. Категория «качество» - это неделимая совокупность факторов, таких как: доступность и процесс оказания медицинской помощи, правильность назначения и выполнения лабораторных

тестов, исход заболевания, а также финансовые затраты. Уровень качества медицинской помощи напрямую зависит от подготовки кадрового состава, финансового обеспечения, материально-технического оснащения, лекарственного обеспечения лечебно-диагностических учреждений [4, 5, 6, 7, 8]. С одной стороны, существует хорошо развитая система принципов доказательной медицины и практики, а с другой стороны система контроля качества. Как оценить качество медицинской помощи? Многие международные медицинские ассоциации и общества для решения данной задачи разрабатывают системы индикаторов качества для различных заболеваний [1, 2, 3]. Безусловно данная система является большим достижением для повышения уровня качества оказания медицинской помощи, но она несовершенна и очень противоречива. Во-первых, не определено, какой конкретно компонент системы является наиболее четким показателем доступа к качеству, во-вторых, зачастую указаны только действия, по принципу выполнено-не выполнено, но не результат. Результаты лабораторных тестов играют важную роль в принятии правильного диагностического заключения и мониторинга лечения заболевания. Поэтому необходимо чтобы данные исследования были выполнены своевременно и надлежащим образом. В России очень хорошо развита система внутри лабораторного контроля качества количественных методов исследования, которая регламентируется ГОСТами и приказами МЗ РФ № 45 и № 220. Основная проблема контроля качества лабораторных исследований состоит в том, что не учитываются результаты, влияющие на исходы от предоставленной диагностики для пациентов. Поскольку качество представляет собой единую категорию, которая не может рассматриваться как совокупность независимых, отдельно регулируемых составляющих, то конечной целью любого диагностического теста должно стать влияние на повышение процента положительных исходов.

Список литературы.

1. Приказ МЗ РФ: от 10.05.2017 N 203н: «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740)
2. Приказ ФФОМС: от 01.12.2010 N 230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 N 19614)
3. ГОСТ Р ИСО 9001-2015: Системы менеджмента качества. Требования: утв. и внедрен приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 сентября 2015 г. N 1391-ст.
4. Misialek MJ. Valuing value: the changing role of pathologists // Am. J. Clin. Pathol.- 2014.-V.-142.-P.584–585.
5. Plebani M., Laposata M., Lundberg G.D. The brain-to-brain loop concept for laboratory testing 40 years after its introduction // Am. J. Clin. Pathol.- 2011.-V.136.-P.829-833.
6. Price C.P., Wolstenholme J., McGinley P. Translational health economics: the key to accountable adoption of in vitro diagnostic technologies // Health Services Management Research.-2018.-Vol. 31(1).- P. 43–50.
7. Wright JR Jr. The politics underlying the provision of and changes in pathology and laboratory services in the United States during the roaring twenties // Arch. Pathol. Lab. Med.- 2016.-V.140.-P.983–991.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ**

УДК 658.8

### **УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В РЕЦЕПТУРНОЙ И БЕЗРЕЦЕПТУРНОЙ ФАРМАЦЕВТИКЕ НА МЕЗОУРОВНЕ**

**Брюханов Юрий Михайлович**, канд.экон.наук, доц.  
Россия, г. Москва, Российский экономический университет им. Г.В.Плеханова,  
кафедра организационно-управленческих инноваций

**Пуния Никита Викрамович**,  
Генеральный директор ООО "Фармасинтез-Ритейл",  
Россия, г.Иркутск

Когда фармацевтическая компания достигает определенных успехов и достаточной финансовой обеспеченности и стабильности в заказах и объемах, то начинает проводить диверсификацию не продуктового портфеля, а бизнеса. Когда собственный бизнес зависим только от государства, это не всегда может хорошо сказаться на стабильности, да, лекарства нужны всегда, но закупать государство может и у фаворита, который с помощью льгот может позволить снизить себестоимость лекарств и продавать государству некоторые лекарства дешевле всех. На данный момент практически любая крупная фармацевтическая компания кроме "Р-Фарм" (полностью тендерная фармацевтическая компания) независима от государства, так как имеет выход на рынок розницы в фарм-канале.

Рынок розницы делится на две составляющие, лекарства рецептурные (RX) и лекарства безрецептурные (OTC). Динамика развития фармацевтического рынка в до санкционный период (рисунок 1). Безрецептурный рынок (OTC) объемнее рынка государственных тендеров, OTC рынок в структуре продаж в РФ в разы превышает показатели в странах Евросоюза, во Франции, например, доля OTC составляет 8%. Доля OTC после

введения санкций превысила долю RX, в 2016 году составила – 55,6%, в мае 2019г. -64,3% [1]. Как показывают наблюдения, на рынке OTC продаются медикаменты-дженерики, лекарственных средств по которым истек срок патентной защиты, происходит генерация инновационного отставания. Таким образом, большая доля рынка OTC или ее положительная динамика роста свидетельствует об инновационном отставании в охране здоровья.

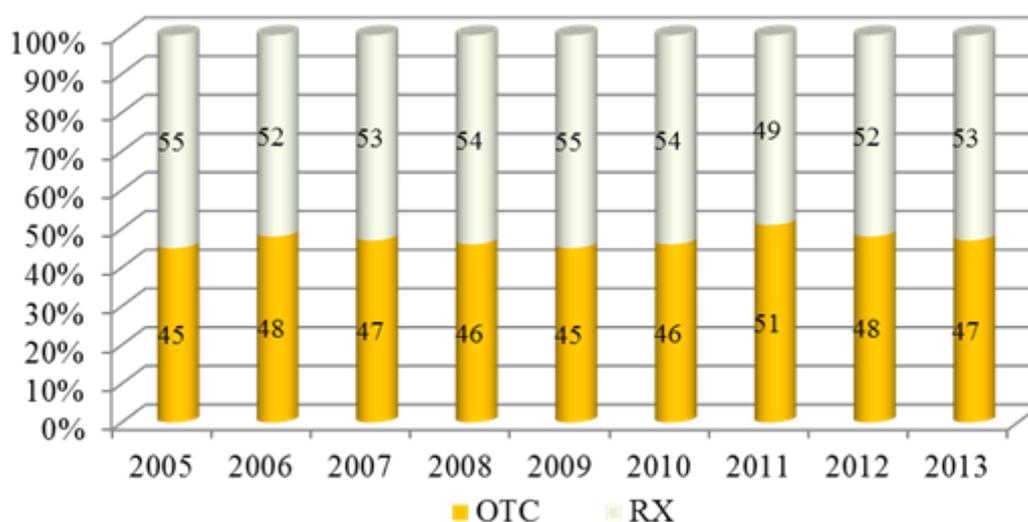


Рис.1. Вертикальная динамика фармацевтического рынка РФ в до санкционный период.

Новые лекарственные средства находятся под патентной защитой, в РФ выпускаются и продаются лекарства -дженерики, по которым истек срок патентной защиты, они недостаточно эффективны [2]. В экономике здравоохранения достаточно много сторонников либертарианской модели инновационных процессов в фармацевтике, выступающих за сохранение прав патентообладателя на использование интеллектуального продукта в ограниченном размере, но в отношении лекарственных средств это по меньшей мере не гуманно.

Основатель компании Фармасинтез Викрам Пуния предложил ввести в России принудительное лицензирование препаратов для лечения гепатитов. В своем выступлении он отметил: «Гепатиты – большая проблема для

российского здравоохранения. Больше двух миллионов людей нуждаются в немедленном лечении. Терапия стоит примерно до трех миллионов рублей на одного пациента, а лечение занимает больше года. Выходом из сложившейся катастрофической ситуации может стать применение механизма принудительного лицензирования. Это сократит стоимость препаратов в десятки раз, а продолжительность лечения – до трех месяцев. Такой механизм уже работает в странах БРИКС» [3].

В РФ компании производители лекарственных средств, в частности АО Фармасинтез, может производить и выводить на рынок новые инновационные препараты для лечения гепатита С, которые намного эффективнее интерфероновой терапии. Однако патентное законодательство защищает права иностранных фирм - компании-правообладателя Gilead (США). Лечение по госзакупкам из-за рубежа обходится около 1 млн.рублей. Больные на свой риск закупают индийские дженерики, снижая стоимость лечения в 10 раз, сроки лечения в 4 раза до трех месяцев, а главное, добиваясь излечения. В России продажа дженериков для лечения гепатита С запрещена из-за действия патента Gilead (США).

Россия не может, как Индия получить право на производство дженериков Совалди, поскольку средний уровень дохода на душу населения признан высоким. В России самое большое количество долларовых миллиардеров, а в бюджете недостаточно средств для закупки лекарственных средств запатентованных Gilead (США). Из 5.8 млн. инфицированных только 15% получают лечение, наибольший удельный вес среди инфицированных представляет группа населения от 35 до 50 лет, что имеет негативное влияние на темпы экономического роста. В условиях резкой дифференциации доходов предлагается государству пойти на принудительное лицензирование лекарств нового поколения, иначе при показателях среднего уровня дохода на душу населения, малообеспеченные слои населения, инфицированные гепатитом С

постоянно будут находиться под риском заболевания раком печени, донорских органов на всех малообеспеченных не хватит.

Государство подходит к решению проблемы взвешенно, нельзя в целях доступа к новым поколениям лекарств перейти в разряд бедных стран. Президент РФ Владимир Путин поручил профильным органам изучить возможность внедрения практики принудительного лицензирования, которая позволит российским фармпроизводителям воспроизводить жизненно необходимые препараты, находящиеся под патентной защитой. ФАС разработала законодательную инициативу [4]. Принудительное лицензирование ускорит распространение инноваций, а монополист-патентообладатель будет получать отчисления от продаж или компенсационную выплату [5]. Пока этот вопрос не будет решен, пациенты должны подождать инновационных препаратов или купить их за рубежом, так видимо, считает Минэкономразвития, выдавая отрицательные заключения на законодательную инициативу.

#### Список литературы.

1. URL: <https://dsm.ru/news/616/>(дата обращения 28.03.2019)
2. URL: <https://ilr.hse.ru/data/2017/02/07/1167426222/...pdf> (дата обращения 08.02.2019)
3. URL:[https://vademec.ru/article/otluchili\\_po\\_nuzhde-\\_kak\\_delikatno\\_podvinut\\_patentobladateley\\_lekarstvennykh\\_razrabotok/](https://vademec.ru/article/otluchili_po_nuzhde-_kak_delikatno_podvinut_patentobladateley_lekarstvennykh_razrabotok/) (дата обращения 08.02.2019)
4. URL: <https://fas.gov.ru/news/27260> (дата обращения 28.03.2019)
5. URL: <https://regulation.gov.ru/projects#search=89840&npa=89840> (дата обращения 28.05.2019)

УДК 615.2.

## **РЕАЛИЗАЦИЯ БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К РАЗРАБОТКЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ БАКТЕРИОФАГОВ**

**Бахрушина Елена Олеговна**, канд. фарм. наук, доц.  
Россия, Сеченовский Университет,  
кафедра фармацевтической технологии Института фармации

В современных реалиях прогрессирующей антибиотикорезистентности, терапия с применением бактериофагов, открытых на десять лет раньше антибиотиков, переживает второе рождение [1].

Применение препаратов бактериофагов является в высшей мере целесообразным: они постоянно эволюционируют, соответственно, фагорезистентность бактерий сводится к минимуму, обладают высокой способностью проникать в органы и ткани и практически не имеют побочных эффектов. Их можно использовать как для лечения, так и для профилактики [2].

Интерес к фаготерапии во всем мире растет. По данным ФИПС на 2019 год зарегистрировано 15 патентов и заявок на изобретения на ЛФ бактериофагов, поданные за последние 25 лет [3].

За последние 10 лет было опубликовано порядка 35 иностранных работ, посвященных данной проблематике, причем, большая часть этих публикаций приходится на период с 2017 по 2019 годы. Таким образом, можно констатировать, что фармацевтическая разработка и исследование новых лекарственных форм (ЛФ) бактериофагов – это определенный тренд, работы в отношении которого должны быть продолжены.

Также необходимо отметить, что флагманом в данной отрасли фармацевтической разработки, наряду с США, Великобританией и Францией является Российская Федерация. В нашей стране крупнейшими центрами разработки новых ЛФ бактериофагов является МНИИЭМ им. Габричевского, НПЦ Микроген, Пермская фармацевтическая академия, на базе которой

проводились разработки кишечнорастворимых таблеток, микрокапсул, суппозиториев и лекарственных губок [4-9].

Согласно анализу научных публикаций, большинство из разрабатываемых ЛФ относятся к формам для ингаляционного применения (методами распылительной и сублимационной сушки), реализуется создание наноэмульсий, липосомальных ЛФ бактериофагов – для снижения гуморального ответа и повышения эффективности терапии.

На данном этапе очень малое количество работ содержит данные по доклиническим и клиническим исследованиям. Это, несомненно, должно быть исправлено в ближайшее время.

На российском фармацевтическом рынке по данным ГРЛС зарегистрировано 19 препаратов бактериофагов в виде следующих ЛФ: таблетки, таблетки, покрытые оболочкой, растворы для приема внутрь, наружного или ректального применения. Все препараты разработаны НПЦ Микроген. Кроме того, на отечественном рынке присутствует четыре парафармацевтических препарата фагов для различных целей и путей введения в виде одной ЛФ - геля с идентичным составом ВВ [10].

В этом вопросе видится основная проблема современного состояния вопросов фармацевтической разработки новых ЛФ бактериофагов.

Согласно биофармацевтическим требованиям, технологические характеристики лекарственной формы должны быть максимально гармонизированы с особенностями, определяемыми конкретным путем введения. К таким особенностям относятся значение рН, оптимальные значения вязкости для жидких и мягких лекарственных форм, величины муко- и биоадгезии, актуальность модифицирования высвобождения, а также немаловажные потребительские предпочтения, определяющие вид лекарственной формы.

Субстанция бактериофагов может быть двух видов, в виде лиофилизата и в виде раствора. Для получения твердых ЛФ, как правило, используется

лиофилизат, для получения вязко-пластичных и жидких ЛФ рационально использовать жидкую субстанцию. При разработке необходимо учитывать физико-химические свойства субстанции, растворимость, чувствительность к факторам окружающей среды, температуре и рН, что определяет выбор как самой ЛФ, так и эксципиентов.

Исходя из особенностей бактериофагов, как фармацевтической субстанции, дизайн фармацевтической разработки новых ЛФ на их основе можно представить следующим образом: научно-обоснованный выбор ЛФ и формообразующих и вспомогательных веществ; определение совместимости бактериофагов с формообразующими и вспомогательными веществами (отсутствие падение титра бактериофагов); разработка технологии получения ЛФ; разработка методик определения показателей качества готового препарата в соответствии с ГФ; изучение термодинамической, химической и микробной стабильности ЛФ в процессе хранения; разработка нормативной документации на лекарственный препарат (НД, промышленный регламент).

Перспективным направлением для дальнейшего развития фаготерапии является реализация персонализированного подхода, согласно которому бактериофаги будут выделяться из клинического материала конкретного пациента и использоваться для повышения эффективности его терапии. С точки зрения технологии является возможным создание универсальных композиций для определенного способа применения, подходящих для введения различных монофагов или коктейлей. Однако нерешенной проблемой являются регуляторные вопросы регистрации таких персонализированных препаратов.

Список литературы.

1. Делягин В.М. Бактериофаготерапия на современном этапе // Российский медицинский журнал. - 2015. – №1. – с.1-5.
2. Лыско К.А., Отрашевская Е.В., Игнатьев Г.М. Лечебно-профилактические препараты бактериофагов: краткий обзор производства и применения // Биопрепараты. – 2013. - №4. - С.4-9.

3. Федеральный институт промышленной собственности. Электронный ресурс. URL: <http://new.fips.ru> (дата обращения 12.07.2019)

4. Падруль М.М., Кобаидзе Е.Г., Олина А.А., Садыкова Г.К. «РЕНЕССАНС» ФАГОТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1 (часть 1). DOI: 10.17513/spno.121-18029

5. Ковязина Н.А., Функнер Е.В., Николаева А.М., Орлова Е.В., Ефимова М.Г., Шитова О.И. ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ КАПСУЛ С БАКТЕРИОФАГАМИ // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. - 2015. - № 1. - С. 132-136.

6. Zhang Y., Peng X., Zhang H., Watts AB., Ghosh D. Manufacturing and ambient stability of shelf freeze dried bacteriophage powder formulations // Int J Pharm. 2018 May 5;542(1-2):1-7. doi: 10.1016/j.ijpharm.2018.02.023.

7. Brown TL, Thomas T., Odgers J., Petrovski S., Spark MJ., Tucci J. Bacteriophage formulated into a range of semisolid and solid dosage forms maintain lytic capacity against isolated cutaneous and opportunistic oral bacteria // J Pharm Pharmacol. 2017 Mar;69(3):244-253. doi: 10.1111/jphp.12673.

8. Chadha P., Katare OP, Chhibber S. Liposome loaded phage cocktail: Enhanced therapeutic potential in resolving Klebsiella pneumoniae mediated burn wound infections // Burns. 2017 Nov;43(7):1532-1543. doi: 10.1016/j.burns.2017.03.029.

9. Hathaway H., Alves DR., Bean J., Esteban PP., Ouali K., Sutton JM, Jenkins AT. Poly(N-isopropylacrylamide-co-allylamine) (PNIPAM-co-ALA) nanospheres for the thermally triggered release of Bacteriophage K. // Eur J Pharm Biopharm. 2015 Oct;96:437-41. doi: 10.1016/j.ejpb.2015.09.013.

10. Государственный реестр лекарственных средств. Электронный ресурс. URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> (дата обращения 03.09.2019)

УДК 334.02

## **ИННОВАЦИОННАЯ БИЗНЕС МОДЕЛЬ НА МЕЗОУРОВНЕ**

**Брюханов Юрий Михайлович**, канд.экон.наук, доц.

**Карпова Елизавета Андреевна**, студентка факультета Менеджмента  
Россия, Москва, Российский экономический университет им. Г.В.Плеханова,  
кафедра Организационно-управленческих инноваций

Понимание человека как части природы позволяет сформулировать инновационную бизнес модель в медицине, ценностное предложение которой заключается в улучшении показателей здоровья при хронических заболеваниях путём выявления факторов влияния окружающей среды, способных провоцировать или предотвращать их. С каждым годом количество с людей с приобретенными хроническими заболеваниями увеличивается, чему способствует внедрение информационных технологий во все сферы человеческой жизни. Однако, информационная технология может служить средством точной идентификации индивидуальных факторов риска и симптоматических проблем, что является необходимым условием для разработки стратегий минимизации и предотвращения болезней.

В сегменте лечения мигрени первой занялась разработкой и исследованием данной проблемы компания Curelator Inc., которая разработала цифровую платформу N1-Headache™ и мобильные приложения для IOS и Android для пациентов, страдающих мигренью и врачей, проводящих лечение заболевания [1]. Теория управления стоимостью бизнеса рассматривает затраты клиента при покупке услуги, в данном случае медицинского обслуживания, как совокупность затрат на поиск услуги, затрат на оказание услуги и затрат на мониторинг состояния после оказания услуги. Пациенты могут бесплатно зарегистрироваться на платформе и в течение 90 дней провести анализ факторов заболевания с подбором вариантов лечения, врачей, фармацевтических средств, медицинских учреждений. Бесплатное приглашение в рынок медицинских услуг является важным фактором ценности для пациента,

даёт существенную экономию пациенту и повышает эффективность, в том числе и экономическую, оказания медицинских услуг.

Цифровая платформа ориентирована на пациента, объединяет в себе аналитические данные для измерения воздействия широкого спектра факторов и лекарственных препаратов на людей с хроническими заболеваниями, имеющих изнурительные эпизодические приступы мигрени. В отличие от бумажных дневников или приложений, в которых пациенты регистрируют объёмы данных и пытаются угадать триггеры мигрени, аналитический механизм N1-Headache объективно измеряет влияние различных факторов на каждого отдельного пользователя и позволяет им «тестировать» поведенческие изменения, которые могут уменьшить количество или серьезность этих атак.

Компания Curelator Inc. базируется в Кембридже, штат Массачусетс, а также имеет филиалы в США, Барселоне (Испания), Великобритании и Германии. Curelator Headache - первое фактическое применение использования разработок компании в клинических исследованиях, в ходе которых были получены революционные результаты, изменившие лечение мигрени.

Компания собирает данные о пациентах удаленно и проводит индивидуальный анализ в специализированных клиниках.

Построение функции ценности показывает эффективность бизнес инновации. (рис.1). Инновационным параметром ценностного предложения [2], отсутствующим у конкурентов, является отсутствие затрат пациента на идентификацию триггеров мигрени. За счёт привлечения большого числа пациентов, возрастают обороты и выручка бизнеса.

Ценностная архитектура определяется: цепочкой создания ценности, информационно-технологическими ресурсами и ключевыми компетенциями.

Цепочка создания ценности описывает Управление мигренью и циклами её наступления: управление рисками мигрени по трём основным показателям, персонализированный анализ данных клиента: анализ внутренних факторов и особенностей каждого клиента, анализ влияния внешних факторов

окружающей среды , измерение терапевтических реакций, предотвращение медикаментозной передозировки .

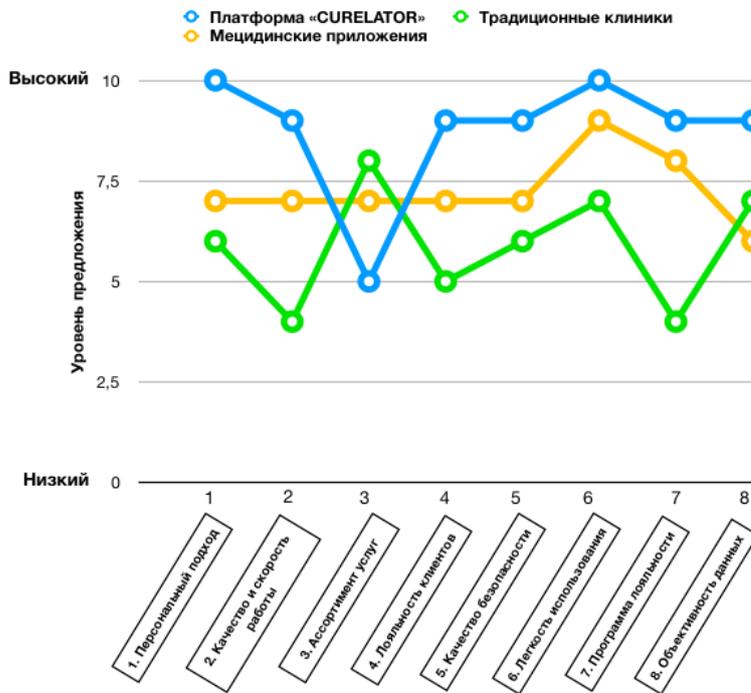


Рис.1 Функция ценности цифровой платформы (ценностное предложение).

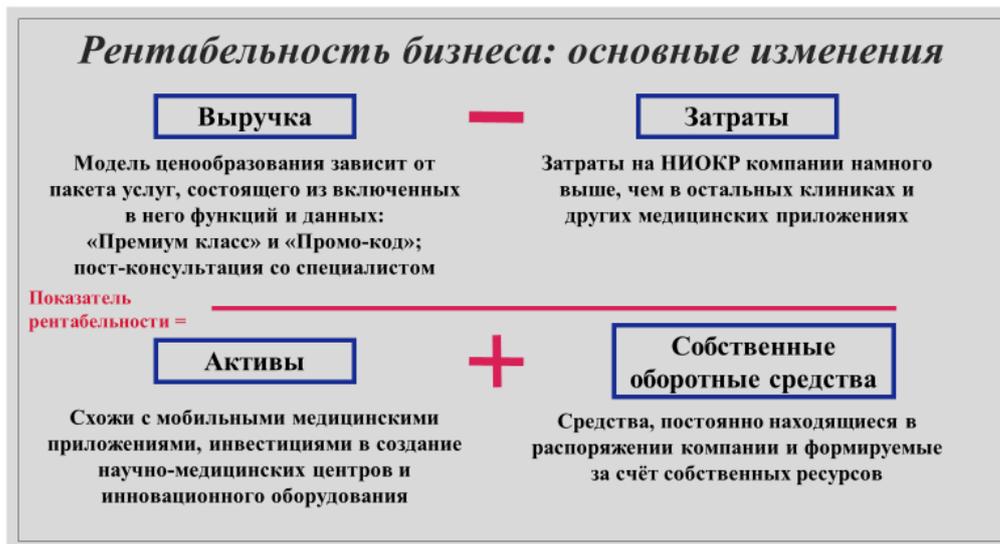


Рис.2. Структура ценностного результата

Стратегическими ресурсами ценностной архитектуры являются цифровая онлайн-платформа, имеющая структурированный интерфейс, функцию бесплатной регистрации, выявление рисков, соединение с медицинскими

специалистами или запись на приём в одной из клиник. Ключевые компетенции ценностной архитектуры: Visual Migraine Language™ - упрощенный ввод данных, преобразование более 70 взаимосвязанных факторов, быстрый и простой ввод данных, визуализация с помощью инфографики [3].

Ценностный результат представлен рентабельностью применяемого капитала. (Рис.2) Следует учесть, как дополнительную экономию налоговые льготы на НИОКР, а также информационную ценность клиентского портфеля. Ключевыми факторами успешности инновационной бизнес модели являются: знание клиентов и слом отраслевых стереотипов, отсутствие затрат на идентификацию триггеров атак мигрени.

Список литературы.

1. URL:[https://www.prweb.com/releases/american\\_headache\\_society\\_n1\\_headache\\_data\\_identifies\\_individual\\_risk\\_factors\\_associated\\_with\\_modifying\\_pain\\_severity\\_in\\_patients\\_with\\_chronic\\_migraine/prweb16424207.htm?utm\\_source=prweb&utm\\_campaign=ahsriskfactors&utm\\_medium=sm](https://www.prweb.com/releases/american_headache_society_n1_headache_data_identifies_individual_risk_factors_associated_with_modifying_pain_severity_in_patients_with_chronic_migraine/prweb16424207.htm?utm_source=prweb&utm_campaign=ahsriskfactors&utm_medium=sm) (дата обращения 08.02.2019)
2. Разработка ценностных предложений: как создавать товары и услуги, которые захотят потребители. Ваш первый шаг...: / Александр Остервальдер, Ив Пинье, Грег Бернарда, Алан Смит; дизайн: Триш Пападакос; [пер. с англ.: Мария Кульнева]. - Москва: Альпина Паблишер, 2015. - 309 с.
3. URL: <https://n1-headache.com/> (дата обращения 08.02.2019)

УДК 338.2

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ**

**Великороссов Владимир Викторович**, д-р экон.наук.проф.,

**Генкин Евгений Викторович**, канд.экон.наук, доц.,

**Пономарев Максим Александрович**, канд.экон.наук, доц.

Россия, Москва, Российский экономический университет им. Г.В.Плеханова,  
кафедра Организационно-управленческих инноваций,

Сегодня организации различных видов деятельности внедряют методы проектного управления [1, 2]. Наряду с ними, медицинские учреждения, внедряющие и практикующие эффективное управление проектами, выиграют от снижения затрат и улучшения результатов. Но благополучие пациентов также является фактором, который делает управление проектами в здравоохранении более сложным и очень важным. Это стоит инвестиций и усилий.

Одним из основополагающих признаков проекта является то, что он имеет дату начала и окончания. Соответственно, это определяет необходимость управления проектами в направлении контроля этих дат, координации ресурсов и т.д. [3]. У проекта также должен быть владелец (кто-то, кто несёт ответственность) и бюджет. Бюджет проекта означает, что на этот проект выделяются материальные ресурсы. Но чтобы быть эффективными, проекты должны перейти от идеи из одного предложения к полностью управляемому процессу. Есть несколько институтов, предлагающих рекомендации по управлению проектами для больниц, а также для всех других типов организаций. Подходы этих институтов (например, PMI или IPMA) схожи, они включают четыре основополагающих этапа:

1. Инициирование: определяется объём проекта, включая прогнозируемые затраты, результаты и риски.

2. Планирование: устанавливаются крайние сроки, создается бюджет и распределяются обязанности.

3. Выполнение и мониторинг: выполнение шагов, описанных на этапе планирования. Производится мониторинг и измерение прогресса на регулярной основе для обеспечения реализации проекта и т.д.

4. Закрытие: создается документ, который обобщает результаты и извлеченные уроки.

Управление проектами в здравоохранении отличается тем, что оно выводит сложность и риск на совершенно новый уровень. Вот некоторые из основных причин, по которым управление проектом отличается (и часто сложнее), чем в других отраслях:

- более жёсткие и более серьёзные последствия, если проекты выходят за рамки бюджета или график, потому что это связано с благополучием, а иногда и жизнью пациентов;
- сложность поиска баланса между эффективностью и качеством в условиях роста затрат на здравоохранение в ведущих странах;
- законодательное регулирование здравоохранения, например, в области защиты прав пациентов на конфиденциальность;
- нехватка медицинских работников, что негативно сказывается на производительности труда;
- многообразие стейкхолдеров (различных заинтересованных сторон).

Однако, грамотное управление проектом имеет неоценимое значение для поставщиков медицинских услуг, помогая организациям работать более эффективно. Ниже приведены только некоторые причины возможности внедрения методов проектного управления в медицинских учреждениях:

- стандартизированный, открытый процесс планирования;
- возможность использования программных продуктов для улучшения процессов в организации (MSProject, Primavera и др.);
- возможность документирования результатов, извлечения уроков, использования типовых решений;

- улучшение коммуникаций между врачами, медсестрами и другими сотрудниками медицинского учреждения, что оказывает огромное влияние на самочувствие пациента, влияет на климат в коллективе и, в конечном итоге, повышает конкурентоспособность организации [4, 5].

Список литературы.

1. Великороссов В.В., Балаханова Д.К., Генкин Е.В. Некоторые аспекты реализации концепции проектного управления в организациях различных видов деятельности//В сборнике: Инновационные процессы в образовании, науке и спорте Сборник статей. Под редакцией В.В. Великороссова, А.В. Колесникова. Москва, 2019. С. 50-54.

2. Исаева К.В., Селянская Г.Н., Пономарев М.А., Ляндау Ю.В. Формирование проектной среды обучения в РЭУ им. Г.В. Плеханова // [Качество образования](#). 2016. [№ 10](#). С. 10-13.

3. Генкин Е.В. Возможность использования методов проектного управления в ходе реализации инновационных проектов//В сборнике: Инновации: перспективы, проблемы, достижения. Материалы Пятой Международной научно-практической конференции. 2017. С. 354-362.

4. Генкин Е.В. Интеграция персонала как фактор обеспечения конкурентоспособности организации//В книге: Развитие интеграционных процессов в экономике России Под редакцией Д.К. Балахановой, В.В. Великороссова, М.И. Максимова, С.А. Филина. Москва, 2018. С. 120-123.

5. Сидорова В.Н., Сидоров Н.В. Современные технологии и практика управления персоналом

6. Окунькова Е.А., Алпеева Е.А. Инновационные подходы в управлении персоналом.- Москва, 2018.

УДК 61

**ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ  
В КРУПНОМАСШТАБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ  
ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ**

**Качалов Дмитрий Леонидович, аспирант**

**Фархадов Маис Паша, зав. лаб., д-р техн. наук**

Россия, Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН

В статье рассмотрены проблемы, задачи и ограничения внедрения систем, основанных на больших данных и искусственном интеллекте в медицинских организациях. Приведены возможности, позволяющие упростить работу врачей и повысить их эффективность за счёт внедрения технологий интеллектуальной обработки данных.

Современные методы обработки данных всё больше и больше проникают во все сферы общественной жизни, в том числе и в медицинский сектор. Исследователи стараются упростить жизнь врачей а также сделать управление медицинскими организациями проще и понятнее, чтобы пользоваться услугами таких организаций было удобнее, время приема врача тратилось только непосредственно на общение с пациентом, а не на заполнение документации или прочие виды деятельности которые врач вынужден делать в связи с бюрократической необходимостью вместо того чтобы заниматься лечением пациентов.

Основные цели исследователей сделать медицину дешевле, доступнее и качественнее с помощью внедрения систем искусственного интеллекта и автоматизированных систем персонифицированной медицины.

Необходимость Большие данные и искусственный интеллект в медицине.

Главная особенность использования больших данных в том, что большие данные в медицинских системах позволяют организовать персонифицированную медицину и подбирать лечение для каждого пациента.

Основные возможности, которые доступны при использовании больших данных:

- более быстрая идентификация рискованных пациентов;
- персонифицированная постановка диагноза;
- индивидуальный мониторинг показателей здоровья;
- сопоставление клинических данных с предыдущими результатами и средними результатами;
- лучший подбор решение для лечения.

Добиться применения использования больших данных в медицине возможно только предпринимая следующие шаги:

- создание массивных хранилищ персонифицированных медицинских данных;
- разработка интеллектуальных методов, алгоритмов и систем обработки больших медицинских данных, а также предсказательных систем мониторинга здоровья;
- организация масштабных вычислений, распределенные и параллельные аппаратные средства обработки персонифицированных медицинских данных;
- хранение комплекса данных о болезнях, окружающей среде и о каждом пациенте включая историю записей о болезнях.

Большие данные в медицине объемы и темпы роста.

Если обратиться к существующим медицинским данным, то можно заметить что примерно 90% из них являются не структурированными и только 10% структурированными. Так в табличном виде можно хранить всего 10% данных: например, записи о пациентах, приходах, болезнях, рецептах и тому подобное. В то время как наибольший интерес представляют, например, диагностические данные, которые являются не структурированными. К неструктурированным данным также можно отнести документы, результат исследований, отчеты, телерентгенограммы, записи УЗИ, КТ и МРТ.

Разработка интеллектуальных систем анализа данных в медицине.

Поскольку сейчас уже собираются данные о пациентах, можно строить прогнозы на основе данных. Современные модели обработки данных и система анализа данных в медицине строится на 3 основных факторах: медицинские данные, медицинская экспертиза и искусственный интеллект.

Основные классы задач, в которых может помочь внедрение интеллектуальных методов анализа данных это:

1. оптимизация рутинных задач, в том числе документооборот и прочее;
2. помощь в решении сложных задач включая многофакторную диагностику и персонифицированные методы рекомендации лечения.

На данный момент на основе данного подхода реализуется уже несколько систем помогающих врачам в тех или иных случаях.

Препятствия внедрения ИИ в медицине.

На данный момент специалисты выделяют ряд препятствий, которые пока что не позволяют внедрить системы искусственного интеллекта в полном объеме в медицине:

1. Качество и объем медицинской информации. Требуется чтобы информация которая собирается и хранится о пациентах была достоверной, качественный, ёмкой и её было достаточно для анализа.

2. Проблема принятия решений. Не всегда понятно по какому алгоритму искусственный интеллект смог определить то или иное решение. Поскольку искусственный интеллект работает как «черный ящик», и последовательность действий приводящих к тому или иному решению скрыта от пользователя.

3. Для внедрения искусственного интеллекта в медицинских системах нужна сильная команда, которая должна обладать большим набором компетенций.

4. Цена разработки. Сейчас процесса разработки ИИ в медицинских системах видится как разработка системы для каждой конкретной задачи. Это создает проблемы масштабирования, что в свою очередь увеличивает стоимость системы.

5. Защита информации. В медицинских системах, особенно в системах персонифицированной медицины, обрабатываются персональные данные, которые должны быть надежно защищены, в частности от хакеров и всех третьих лиц, для которых эти данные не предназначены.

6. Организационно административное ограничение.

Список литературы.

1. Гвоздев В.Е., Черняховская Л.Р., Мухаметьянова Р.И. Интеллектуальная поддержка при управлении персоналом развивающегося промышленного предприятия // Информационные и математические технологии в науке и управлении. 2019. № 1 (13). С. 30-37.

2. Качалов Д.Л. Анализ больших объёмов данных для решения экономических задач // В сборнике: Молодежь и экономика: новые взгляды и решения Межвузовский сборник научных трудов по итогам XXV Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых, проводимой в рамках 52-й ежегодной научно-практической конференции Волгоградского государственного технического университета. Л.С. Шаховская (ответственный редактор). 2015. С. 146-147.

3. Аренков И.А., Аракелова И.В., Качалов Д.Л. От традиционной лояльности к управлению потребительским опытом и цифровым моделям // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция. 2019. № 1. С. 116-122.

УДК 65.012.7

## **РОЛЬ БИОТЕХ-ПРЕПАРАТОВ В ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПОРТФОЛИО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТРАНСНАЦИОНАЛЬНЫХ КОМПАНИЙ**

**Мамедьяров Заур Аязович**, научный сотрудник, канд.экон.наук.

Россия, г. Москва, Национальный исследовательский институт мировой  
экономики и международных отношений им. Е.М. Примакова РАН

После периода общемирового снижения темпов вывода на рынок новейших медикаментов в 2000-х и начале 2010-х гг., с 2014 года наблюдается обратная тенденция. В развитых странах заметен всплеск вывода на рынок новейших препаратов, значительную долю которых занимают биотехнологические медикаменты. В первую очередь, это стало следствием послаблений требований к допуску препаратов регуляторами в США и ЕС, а также введением особого порядка допуска к рынку биотех-препаратов.

Период 2015-18 гг. стал рекордным в отрасли по выпуску новых препаратов за последние два десятилетия. Если десять лет назад в отрасли были распространены сообщения о том, что регуляторы медлят с допуском к рынку инновационных лекарств и процедуры слишком регламентированы и бюрократизированы, то в настоящее время заговорили о чрезмерном облегчении допуска.

В последнее десятилетие также актуализировались проблемы удорожания вывода на рынок отдельных категорий препаратов и трансформации в приоритетах составления портфолио крупнейшими транснациональными компаниями (ТНК). С начала 2000-х гг. портфолио крупнейших компаний отличались снижением эффективности, что усиливало финансовые риски и способствовало удорожанию препаратов. Однако это происходило на фоне усиливающейся конкуренции со стороны производителей дженериков, появления мощных региональных компаний. По мере роста цен на препараты-блокбастеры (ежегодная выручка от продаж которых превышает миллиард

долларов) и патентного обрыва (массового единовременного истечения патентов на «старые» препараты) фармацевтические компании по всему миру интенсифицировали исследования в области биотех-препаратов.

Стоимость биотех-препаратов часто оказывается еще выше, чем традиционных инновационных медикаментов, поэтому эра блокбастеров продолжается. Биотехнологии стали самым инновационно активным и перспективным сегментом отрасли. С 2015 г. американский регулятор FDA разделил статистику по препаратам, выделив биотехнологические препараты в отдельную категорию. К таким препаратам уже начинают предъявлять отдельные требования, что усложняет регуляторную структуру. Дорогие биотех-препараты в США стали называть специализированными (*specialty drugs*) [1]. Они направлены против сложных и, как правило, редких хронических заболеваний (в т.ч. так называемых орфанных заболеваний).

Из 41 новых медикаментов, одобренных в США в 2014 г., 18 были от редких болезней, из них 9 нацелены на заболевания с общим числом пациентов менее 10 тыс. [2]. Соответственно, исследования и разработки ТНК сконцентрированы на проблемах населения наиболее развитых стран — в то время как подавляющее число людей на планете страдает от распространенных заболеваний и при этом не имеет доступа к необходимому количеству недорогих и качественных препаратов, ТНК ведут исследования, затрагивающие состояние очень сложных пациентов, число которых при этом относительно невелико. Разрыв между развитыми и развивающимися странами увеличивается. ТНК ведут бизнес таким образом, поскольку страховая медицина покрывает расходы на эти препараты, а государственная политика акцентирует роль именно неизлечимых или сложных заболеваний, нежели стремится расширить и облегчить доступ населения к уже созданным препаратам. Такая политика неизбежно ведет к ситуации, в которой инновационные препараты стоят крайне дорого, а производство дешевых

аналогов известных препаратов, а также, например, антибиотиков и вакцин для ТНК не выгодно.

Специализированные лекарственные средства начали свое широкое распространение в США с 2010 г., и ежегодный рост их продаж уже превышает 15%. К 2018 г. специализированные лекарственные средства могут занять долю в 50% от общего фармацевтического рынка США и достичь 235 млрд долл. [3]. Высокая цена специализированных препаратов становится одним из главных двигателей экономического роста мирового фармацевтического рынка, однако все больше экспертов и государственных лиц проявляют обеспокоенность по поводу низкой доступности новейших препаратов. При этом отмечается, что высокая стоимость зачастую не коррелирует с доказанной клинической эффективностью [4]. По оценке Д. Ховарда [5], пациенты и страховые агенты в 2013 г. несли расходы в размере 207 тыс. долл. США за дополнительный год жизни заболевшего, тогда как в 1995 г. эта сумма равнялась 54 тыс. долл. США (в постоянных ценах 2013 г.).

ТНК, безусловно, выгодна эта ситуация. Копировать биотех-препараты сложно, и в США благодаря жесткой политике регулятора эта сфера монополизирована крупнейшими ТНК. Так как инновационные биотех-препараты исключительно дороги, и их доступность ограничена, это заставляет ведущие страны поддерживать производство биоаналогов, которые, как правило, на 30% дешевле оригинального медикамента. Разработка биоаналогов особенно распространена в Азиатско-Тихоокеанском регионе, в частности в Китае, который стремится занять доминирующее положение в этом новом сегменте.

Заметим, что традиционные препараты-блокбастеры молекулярного типа удерживались на высоком уровне продаж в основном благодаря патентной защите. Уникальная роль патентов в данном случае объясняется относительно легкой возможностью копирования. В случае с биотехнологическими медикаментами, создание которых требует иных технологических процессов,

сложность копирования повышается, поскольку даже незначительное изменение научно-производственных условий оказывает влияние на результат (следовательно, и на эффективность препарата, что может становиться поводом для его недопуска к рынку).

Список литературы.

1. Dusetzina S. B. Share of specialty drugs in commercial plans nearly quadrupled, 2003–14 // Health Affairs. 2016. Vol. 35. №. 7. P. 1241–1246.
2. Lindsley C. W. 2014 Prescription Medications in the United States: Tremendous Growth, Specialty/Orphan Drug Expansion, and Dispensed Prescriptions Continue to Increase // ACS chemical neuroscience. 2015. Vol. 6. №. 6. P. 811–812.
3. Lotvin A. M. et al. Specialty medications: traditional and novel tools can address rising spending on these costly drugs // Health Affairs. 2014. Vol. 33. №. 10. P. 1736–1744.
4. Light D. W., Kantarjian H. Market spiral pricing of cancer drugs // Cancer. 2013. Vol. 119. №. 22. P. 3900–3902.
5. Howard D. H. et al. Pricing in the market for anticancer drugs // The Journal of Economic Perspectives. 2015. Vol. 29. №. 1. P. 139–162;

УДК 65.012.7

## **СУЩНОСТЬ ИННОВАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Подсеваткина Анастасия Константиновна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: д-р экон.наук, проф., Косинова Н.Н.

Для современного общества характерно признание здоровья граждан высшим приоритетом государства. А для того, чтобы медицину сделать эффективной и доступной для населения необходимо активно внедрять в отрасль здравоохранения инновации.

Основным вектором государственной политики в области использования инноваций в сфере здравоохранения является Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, в которой детально представлены механизмы стимулирования процессов внедрения инноваций в систему здравоохранения на уровне всех российских регионов [1].

Отметим, что единая, общепринятая трактовка по определению сущности инновации в сфере здравоохранения на сегодняшний день отсутствует. Например, В.Н. Кораблев понимает под инновациями «целенаправленные преобразования в отрасли, в т.ч. в её организационно-экономическом механизме, которые направлены на наибольшее удовлетворение потребности населения в услугах здравоохранения, а также повышение эффективности использования ресурсов» [2].

Другие авторы (С.Ж. Сыпабеков, А.Н. Тулембаев) подчеркивают, что «инновации в сфере здравоохранения – это повышение эффективности работы первичного звена, эффективное использование фондов, внедрение ресурсосберегающих технологий и развитие новых организационно-правовых форм медицинских организаций на фоне базе научно-обоснованных подходов к формированию стандартов ведения пациентов по различным видам медицинской помощи на всех уровнях ее оказания» [3].

На фоне представленных выше трактовок дадим авторское определение инновации в сфере здравоохранения – это система мероприятий в отрасли, которая охватывает разнообразные стороны медицинской деятельности, а именно институциональные (организационно-управленческие), финансово-экономические, технологические целью которых является оптимизация и рост эффективности использования всех имеющихся ресурсов при оказании медицинской помощи, удовлетворяющей потребности жителей в разнообразных услугах, которые улучшают качество их жизни.

В инновационной деятельности базисным является человеческий капитал медицинской организации, а также наличие необходимой инфраструктуры, современной материально-технической базы.

Технологические аспекты инноваций в сфере здравоохранения развиваются по различным направлениям – это и оказание высокотехнологичной помощи пациентам и использование информационных технологий (так называемое цифровое здравоохранение).

В полном объеме инновационная деятельность в здравоохранении включает все виды научно-исследовательских работ (фундаментальные, поисковые, прикладные), опытно-конструкторские разработки, деятельность по освоению новшеств и внедрения в практику медицинской организации, т. е. реализацию инноваций. Инновации в сфере здравоохранения могут применяться в организационных структурах медицинского учреждения, равно как и в процессах его финансирования.

Механизм внедрения инноваций в государственных и частных медицинских учреждений проходит не одинаково. Во-первых, частные структуры более мобильны в отношении инновационных изменений. Во-вторых, их финансирование не находится в сфере государства, а осуществляется частными инвесторами, которые стремятся получить большую прибыль от предоставления высокотехнологичных и качественных услуг.

Хотя отметим, что специализированные государственные центры, оказывающие высокотехнологичную помощь населению, имеют больше возможностей и в смысле закупки оборудования, и в использовании научных разработок в сфере медицины [4].

Резюмируем: перспективы дальнейшего развития сферы здравоохранения в современных условиях напрямую связаны с инновационными процессами.

Основа инновационного подхода в здравоохранении – это системные преобразования в отрасли. Необходимо сочетание формирования инновационной инфраструктуры и инновационного экономического механизма.

Следует формировать учетно-аналитический, методический аппарат и такое информационное сопровождение, которое позволит выявлять отклонения в достижении стратегической цели качественного и доступного медицинского обслуживания граждан.

Список литературы.

1. Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://topmedicina.ru/health/konceptsiya/>

2. Кораблев, В.Н. Основные направления инновационного развития регионального здравоохранения /В.Н. Кораблев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. -№ 4. - С.109-111.

3. Сыпабеков, С.Ж. Особенности инновационной деятельности в медицине /С.Ж. Сыпабеков, А.Н. Тулембаев // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2015. - №3 (40). – С.4-6.

4. Кадыров, Ф. Внедрение новых технологий в медицинских организациях. Зарубежный опыт и российская практика / Ф. Кадыров Ф., Л. Засимова, С.Салахутдинова, В. Чернец–М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 272 с.

УДК 61

## **ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ОНКОЛОГИЕЙ**

Полякова А.

В настоящее время в России наблюдается высокая смертность от гепатита, ВИЧ-инфекций, а также онкологий. Большую часть лекарственных препаратов импортируется в Россию из других стран. Как правило, это Германия, Америка, Израиль, Швейцария. Цены на препараты, производимые компаниями этих стран, порой достигают нескольких сотен тысяч рублей. Для

людей даже со средним заработком такие лекарства оказываются просто не по карману, и они остаются без возможности на здоровое будущее.

Цель исследования. Изучить список дорогих импортных лекарственных препаратов, применяемых при гепатитах, онкологиях, ВИЧ-инфекциях и найти их более бюджетные, но качественные аналоги.

Используемые научные методы. При работе над исследованием автором статьи были использованы описательный и сравнительный методы.

Результаты исследования.

Цены на данные индийские аналоги дорогих лекарственных препаратов много ниже, и это вызвано тем, что фармацевтические компании Индии не тратят денежные средства на разработку препарата, его тестирование, рекламу и внедрение на прилавки аптек. Они создают полноценные препараты по технологиям производства оригинальных лекарств без изменения их химических формул. Лечебное действие описанных лекарственных препаратов подтверждается положительными отзывами пациентов, прошедших полный курс лечения.

Дорогой импортный лекарственный препарат		Бюджетный качественный аналог	
Совальди (Gilead Science, США)	от 184 до 229 тыс. рублей	Нерсвир L(Индия)	От 15 до 30 тыс. рублей
Maviret (AbbVie, США)	От 260 тыс. рублей	Resof (DR. REDDY'S LABORATORIES, Индия)	От 14 до 16 тыс. рублей

Дорогой импортный лекарственный препарат		Бюджетный качественный аналог	
Pifeltro(Merck, Германия)	От 60 тыс. рублей	Atazanavirum(Bristol-Myers Squibb, США)	От 3 тыс. рублей
Delstrigo(Merck,Германия)	От 80 тыс. рублей	Тенофовир(Фармасинтез, Россия)	От 3 до 8 тыс. рублей

Лекарственные препараты российского производства отличаются невысокой ценой, так как они не проходят таможенную и дополнительное сертифицирование.

Дорогой импортный лекарственный препарат		Бюджетный качественный аналог	
Nexavar(Bayer, Германия)	От 85 тыс. рублей	Бевацизумаб(БЮСАД, Россия)	От 8 тыс. рублей
Triolimus(Co-D Therapeutics, США)	От 100 тыс. рублей		
Avastin(Roche, Швейцария)	От 16 тыс. рублей за <u>1 флакон</u>		

Вывод. В фармации существует немалое количество бюджетных качественных аналогов дорогих лекарственных препаратов, о которых люди просто не знают. А не знают по нескольким причинам: одна из них — это отсутствие лицензий у препаратов (в частности, индийских), но по многочисленным отзывам эти препараты действительно помогают пациентам, другая причина, это малая известность тех или иных фармацевтических компаний. По мнению автора статьи, государству необходимо решать данную проблему, так как каждый имеет право на здоровое будущее.

УДК 338.24.01

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫМИ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ**

**Великороссов Владимир Викторович**, д-р экон.наук, проф.,

**Пономарев Максим Александрович**, канд.кон.наук, доц.,

**Хачатурян Михаил Владимирович**, канд.кон.наук, доц.

Россия, Москва, Российский экономический университет им. Г.В.Плеханова,  
кафедра Организационно-управленческих инноваций

Риск-это вероятность, угроза ущерба, травмы, потери ответственности, которая вызвана уязвимостями и которую можно избежать с помощью упреждающих действий. взаимодействие людей с системами здравоохранения представляет для них угрозу главным образом из-за сложной технологии, интенсивно сложных процедур, высокого спроса на услуги, нехватки времени, высоких ожиданий от пользователей услуг, иерархической по характеру подготовки и ответственности. Оценки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показывают, что в развитых странах до 1 из 10 пациентов страдают во время получения стационарной помощи.

Основными причинами медицинских ошибок являются: коммуникационные проблемы, недостаточный поток информации, проблемы, связанные с человеческими ресурсами, организационной системой передачи знаний, кадровой структурой и механизмами автоматизации бизнес-процессов, неадекватными организационными политиками и процедурами, а также техническими сбоями.

Больницы являются общим местом для стационарных приобретенных состояний отчасти из-за клинически скомпрометированного состояния многих пациентов, поступающих в больницу, и большого объема операций по уходу и вмешательств, которые происходят во время пребывания в больнице. Расследования инцидентов часто заканчиваются выявлением человеческой ошибки и назначением практикующих в качестве “причины” события [1]. Ретроспективный уклон возникает, когда следователи работают в обратном

направлении от своих знаний об исходе события. Этот линейный анализ делает вероятность ошибки легко предсказуемым, хотя это во многих случаях не так.

Часто это определение делается без какой-либо оценки систем или процессов, которые могли бы способствовать ошибке [2].

Это создает условия, при которых руководители медицинских организаций должны стать «системными мыслителями», которые требуют глубокого анализа проблем безопасности, заменяют карательные реакции на ошибки открытой средой и активно реагируют на любые риски, что позволяет построить более безопасные организации здравоохранения. Однако, в сфере здравоохранения нет места безрассудному поведению.

Развитие инновационных систем управления рисками в учреждениях здравоохранения России, по мнению автора, может быть эффективным при соблюдении следующих условий:

- формирование и реализации средств управления рисками предприятия (ERM), предполагающих комплексное управление рисками организации сверху вниз, включая финансовую и деловую жизнеспособность;

- интеграция в средства управления рисками предприятия (ERM) механизмов анализа и оценки процессов клинического ухода за пациентами;

- интеграция в средства управления рисками предприятия (ERM) механизмов анализа и оценки деятельности медицинского персонала (например; аттестация, привилегии, описание работы, страхование сотрудников, обучение, медицинское страхование);

- интеграция в средства управления рисками предприятия (ERM) механизмов анализа и оценки деятельности немедицинского персонала (например, описание работы, обучение, медицинское страхование);

- интеграция в средства управления рисками предприятия (ERM) механизмов анализа и оценки эффективности реализации инструментов финансового менеджмента (бюджетирование, анализ затрат-выгод и экономической эффективности, страховое покрытие);

- интеграция в средства управления рисками предприятия (ERM) механизмов управленческого учета и анализа (например; органограмма, должностные инструкции, делегирование полномочий)

- разработка мер совершенствования анализа, оценки и управления рисками (такими как объем, длительность, стоимость оказания медицинских услуг, людские ресурсы, оперативные, процедурные, технические, природные и политические)

- интеграция в средства управления рисками предприятия (ERM) механизмов обеспечения комплексной безопасности медицинского учреждения (например, безопасность здания, безопасность объекта, опасные материалы и удаление отходов, аварийные ситуации внутренние и внешние, пожарная безопасность, план технического обслуживания медицинского оборудования и план технического обслуживания для каждой коммунальной системы).

В этой связи очевидно, что система управления рисками предприятия, реализуемая в медицинском учреждении, должна приобрести характер информационной системы управления рисками (RMIS). Данная система должна представлять собой компьютеризированную систему, используемую для сбора и обработки данных, анализа информации и формирования статистических отчетов о тенденциях для выявления и мониторинга событий, претензий и финансов.

Управление рисками для медицинских организаций можно определить как организованные усилия по выявлению, оценке и снижению, где это уместно, риска для пациентов, посетителей, персонала и организационных активов. Управление рисками в его наилучшей форме может заключаться в том, чтобы использовать его на упреждающей основе при выявлении и управлении рисками. Однако в случае, если произошел инцидент после обработки события, его все равно следует решать в соответствии с принципами управления рисками, изложенными выше.

Управление рисками в здравоохранении осуществляется организациями, которые осознают тот факт, что сам процесс реализации задач здравоохранения представляет риск.

Таким образом, организации, активно занимающиеся управлением рисками, находятся на ступеньку выше по лестнице обеспечения безопасности услуг и стремления к качеству медицинской помощи по сравнению с организациями, которые этого не делают. Управление рисками является передовой и проактивной методологией борьбы с рисками в здравоохранении.

Список литературы.

1. Окунькова Е.А. Роль человеческого капитала в инновационном развитии экономических систем// Глобальный научный потенциал. 2018. № 11 (92). С. 120-123.

2. Кличева Е.В. Реинжиниринг бизнес-процессов как инструмент повышения конкурентоспособности предприятий ресторанного бизнеса в современных рыночных условиях//В сборнике: Инновации: перспективы, проблемы, достижения Материалы Пятой Международной научно-практической конференции. 2017. С. 352-357.

УДК 61:33

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ВУЗОВСКИХ ИННОВАЦИЙ**

**Ситникова Светлана Евгеньевна, ст.преп.**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента

В современных условиях первостепенное значение приобретает успешное динамичное инновационное развитие хозяйственных систем, что вызывает необходимость эффективной работы всех участников инновационного процесса. К таковым можно отнести как научно-исследовательские организации, создающие инновации, так и предприятия, их внедряющие.

Современный вуз несет важную стратегическую миссию в социально-экономической системе, являясь источником инноваций, формируя фундаментальную основу для развития экономики знаний.

Тем не менее, для того чтобы в полной мере выполнять свою функцию поставщиков инноваций в хозяйственных системах, современным вузам необходимо оптимизировать процесс коммерциализации инновационных продуктов.

Совершенствование процесса коммерциализации инноваций в современном вузе требует дальнейшей институционализации, так как важнейшими препятствиями на пути его оптимизации являются институциональные проблемы. Это неразвитость института стимулирования ученых к коммерциализации создаваемых ими инноваций, институциональная незакрепленность стимулирования вузов к коммерциализации инноваций через систему из рейтинговой оценки, а также слабые институциональные связи вузов и предприятий.

По нашему мнению, алгоритм коммерциализации инноваций в современном российском вузе может быть представлен в шесть последовательных этапов (рис. 1).

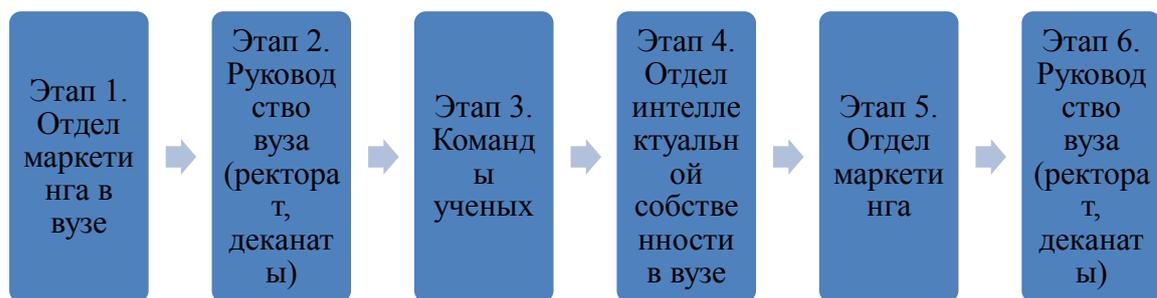


Рисунок 1. Алгоритм коммерциализации инноваций в современном вузе

Источник: составлено авторами.

Как показывает рисунок 1, активным субъектом на первом этапе выступает отдел маркетинга в вузе или соответствующее ему подразделение,

который будет проводить исследования, определять спрос на инновации со стороны хозяйствующих предприятий, заключать с ними предварительные договора на создание для них инноваций в вузе.

На втором этапе руководством вуза осуществляется разработка стратегических целей и тактических планов инновационной деятельности. На третьем этапе сформированные команды вузовских ученых (в том числе мультидисциплинарные) проводят научные исследования в определенных направлениях и создают инновации для удовлетворения выявленного спроса на них и выполнения условий заключенных договоров с предприятиями.

На четвертом этапе основным действующим субъектом выступает отдел интеллектуальной собственности, осуществляющий патентование инноваций, с вовлечением создавших их ученых.

На пятом этапе отдел маркетинга проводит сбыт запатентованных инноваций в интересах максимизации коммерческой выгоды вуза, то есть выбирает оптимальные для вуза условия договора на передачу прав на объекты интеллектуальной собственности.

Шестой этап предполагает процедуру вознаграждения ученых по решению руководства вуза за достигнутые результаты в коммерциализации созданных ими инноваций, тем самым стимулируя их дальнейший интерес к успешной работе.

Преимуществом предложенного алгоритма по сравнению с используемым алгоритмом коммерциализации инноваций в современных вузах России является высокая степень разделения труда, позволяющая существенно снизить нагрузку с самих ученых и обеспечить их заинтересованность в эффективной коммерциализации создаваемых ими инноваций.

В заключение можно сделать вывод о том, что предложенный алгоритм коммерциализации инноваций в современном вузе позволит значительно увеличить число инноваций, успешно коммерциализированных, то есть запатентованных и переданных на внедрение предприятиям, а также нашедших

отражение в модернизации бизнес-процессов и производстве инновационной продукции.

Список литературы.

1. Sitnikova S.E., Halo L.A., Polusmakova N.S. Problems and perspectives of improving the process of innovations' commercialization in a modern university. *Advances in Intelligent Systems and Computing*. 2018. Т. 622. С. 321-327.

УДК 61:338.24

### **ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ**

**Сулимова Анна Викторовна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: ст. преп., Ситникова С.Е.

Инновационная экономика (экономика знаний, интеллектуальная экономика) — тип экономики, основанной на потоке инноваций, на постоянном технологическом совершенствовании, на производстве и экспорте высокотехнологичной продукции с очень высокой добавленной стоимостью и самих технологий.

Некоторые исследователи (Э. Тоффлер, Ф. Фукуяма, Д. Белл, Дж. Нейсбитт и др.) считают, что для большинства развитых стран в современном мире именно инновационная экономика обеспечивает мировое экономическое превосходство страны, которая её создаёт [1].

Считается, что впервые теоретическое обоснование и практическая реализация концепции инновационной экономики были осуществлены в США. Американский футуролог Э. Тоффлер определяет ее внедрение в социально-экономическую жизнь индустриальных государств в 1956 году. Он писал: «первый символический показатель исчезновения экономики дымящих труб Второй Волны и рождения новой экономики Третьей Волны: „белые

воротнички“ и служащие численно превзошли заводских рабочих с „синими воротничками“» [2].

Технический прогресс обычно вызывает у людей самые различные эмоции. Некоторые видят в технологиях великое зло, которое медленно убивает человечество, другие же, наоборот, воспринимают их как способы решения крупнейших мировых проблем. Чтобы добиться создания инноваций, требуются серьезные изменения в управлении мед. учреждениями, целью которых является разработка новых подходов, методов и форм работы организаций, корректировку системы взаимоотношений с изменившейся внешней средой.

Выделим основные проблемы, возникающие при разработке и внедрении инноваций: необходимость поддержки государства в осуществлении инновационных разработок (финансы, оборудование, консультации); наличие соответствующей материально-технической базы; обеспечение качественного обучения персонала; поиск необходимой актуальной информации, которую можно использовать при изобретении инноваций.

Таким образом, становление и развитие инновационной экономики составляет основу экономического благополучия, эффективности и конкурентоспособности любой экономической системы в современном мире. Инновационная экономика представляет собой неотъемлемую часть и экономическую основу информационного общества. В будущем нужно сделать ставку не только на поддержание инновационной активности бизнеса, но и на его опережающее развитие в сфере инноваций, поскольку достигнутый уровень инновационности в экономике очень быстро опустошается энергетически и начинает отставать от общемировых стандартов. Это происходит вследствие специфики инноваций, генерирование которых требует высокой мобилизационной активности людей, самоотверженности и риска со стороны инноваторов.

УДК 61

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ**

**Фарманян Кристина Робертовна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,

кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: ст.преп., Ситникова С.Е.

Будущее здравоохранения в решающей степени зависит от характера и темпов изменений в медицинских технологиях. На протяжении XX в технологические открытия привнесли существенные изменения в медицину. Цель данной работы - рассмотреть проблемы инновационной политики в отечественном здравоохранении и предложить пути их преодоления.

Прежде всего, хотелось бы отметить, что инновации в здравоохранении направлены на повышение качества жизни населения. В настоящее время проблемы демографической ситуации особенно актуальны.

По данным статистики, на протяжении 21 века в перечне медицинских технологий, разрешенных к медицинской практике, насчитывалось 2409 новых медицинских технологий, внесенных, за редким исключением, отечественными организациями. Ежегодно регистрируется в среднем примерно 300 новых технологий. Лидируют технологии в сфере травматологии и ортопедии, сердечно сосудистой хирургии, онкологии, офтальмологии. Часто появление новой технологии связано с разработкой нового изделия медицинского назначения (прибора, инструмента, оборудования) или расходных материалов, лекарственных средств.

Степень проникновения и характер использования новых технологий в здравоохранении определяются совокупностью решений, принимаемых политиками, менеджерами медицинских учреждений, врачами и пациентами.

**Медицинские технологии на примере 25 больницы Волгограда**

Государственное учреждение здравоохранения "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25" (ГУЗ "ГКБСМП № 25"), открывшаяся в 1978 году, сегодня является крупным медицинским центром, способным принять на лечение одновременно более тысячи пациентов. Больница оснащена новейшим диагностическим оборудованием, которое обеспечивает все виды диагностики: лучевую, функциональную, эндоскопию, ангиографию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, биохимию, цитологию и др.

Многофункциональный одноэтажный модуль, который строили с мая 2016 года, сосредоточил в себе все основные службы для оказания срочной медицинской помощи – приемное и амбулаторное отделения, операционный блок, зона для динамического наблюдения. Он рассчитан на 100 пациентов в сутки и отвечает европейским стандартам.

После глобальной реконструкции больница стала новейшим лечебным учреждением по самым высоким российским и международным стандартам.

Здесь установили передовое оборудование: компьютерный томограф, барокамеры для кислородной аэрозольной терапии, рентгенодиагностический комплекс и многое другое, необходимое для оказания экстренной помощи. К примеру, в отделении есть аппарат для 3D-реконструкций – он помогает посмотреть, правильно ли собрали кости пациента при переломах. Само расположение здания позволяют по максимуму сократить время доставки пациента с вертолета или кареты скорой помощи. А внутри помещения разграничили по степени тяжести. Сразу на входе врач делит всех поступающих на три группы: в реанимацию, в операционную или в витальную зону (для самых легких пациентов). Логистика работы с больным выстроена алгоритмически, ведь каждая секунда на счету.

Для повышения качества оказываемой медпомощи, система здравоохранения Волгоградской области активно развивается. В регионе ремонтируют опорные и сельские лечебные учреждения, выстраивают эффективную систему подготовки кадров, развивают службы гериатрии и поддержки материнства и детства, оказания онко- и скорой медпомощи. Развитие здравоохранения в Волгоградской области идет согласно федеральным векторам. Успех этой работы отмечается на федеральном уровне.

### **Проблемы внедрения инновационных технологий**

- отсутствие необходимых специалистов
- недостаток денежных средств на финансирование
- отсутствие единой, доступной базы данных по готовым инновационным продуктам
- низкий уровень информационного обмена между авторами и разработчиками инноваций и практикующими врачами.

В соответствии с принятой Концепцией развития здравоохранения до 2020 г. совершенствование медицинской помощи возможно при обязательном условии инновационного развития здравоохранения. Для перехода на инновационный путь развития здравоохранения необходимо осуществление следующих мероприятий:

- создание условий для развития фундаментальных и прикладных биомедицинских научных исследований;
- концентрация финансовых средств и кадровых ресурсов на приоритетных и инновационных направлениях развития медицинской науки;
- формирование государственного задания на разработку стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов;
- формирование государственного задания на разработку новых медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения заболеваний и

реабилитации больных, обоснование объемов их реализации, алгоритмов внедрения и контроля за применением;

- укрепление отраслевого научного потенциала.
- развитие системы планирования и прогнозирования биомедицинских научных исследований
- создание системы внедрения результатов научно-технической деятельности в практику здравоохранения с использованием различным форм государственно-частного партнерства, поддержка малого и среднего бизнеса в медицинской науке.

Список литературы.

1. <http://gorvesti.ru/details/23-maya-novoe-otdelenie-skoroy-pomoschi-v-volgograde-primet-patsientov-55022.html>
2. <https://kb25.ru/>
3. [https://www.hse.ru/data/2017/04/21/1168819633/Zdrav\\_2017.pdf](https://www.hse.ru/data/2017/04/21/1168819633/Zdrav_2017.pdf)
4. «Внедрение новых технологий в медицинских организациях: зарубежный опыт и российская практика [Текст] / Л. С. Засимова и др. ; отв. ред. С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики»»: Изд. дом Высшей школы экономики; Москва; 2013 ISBN 978 5 7598 1008 7
5. <http://www.minzdravrb.ru/important/develop.php>

УДК 338.2, 334.7

**СПЕЦИФИКА ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ  
ИННОВАЦИОННЫХ КЛАСТЕРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ:  
УРОКИ ФРАНЦИИ И ШВЕЙЦАРИИ**

**Черноуцан Елена Михайловна**, ст. науч. сотр., канд. экон. наук  
**Трофимова Ольга Ефимовна**, вед. науч. сотр., канд. экон. наук  
Россия, Национальный исследовательский институт мировой экономики  
и международных отношений им. Е.М. Примакова РАН

В последние двадцать лет во многих развитых индустриальных странах идет радикальная перестройка организационной структуры национального хозяйства на основе принципов сетевой экономики. Ключевым становится системный подход к промышленному и инновационному развитию страны. Например, как указывается в официальном докладе Совета по экономическим, социальным и экологическим проблемам Франции (*CESE*), «промышленность больше не рассматривается как простая сумма отраслей или предприятий, а как сложная производственная система, где простой базовой единицей уже не может быть изолированный игрок (предприятие и пр.). «Элементарными единицами» становятся отношения между разными игроками, от интенсивности и глубины которых все более начинает зависеть устойчивость и совершенство данных систем»[1]. В результате, на первый план выходят такие базовые элементы народного хозяйства как экосистемы разного уровня (национального, регионального, территориального, отраслевого и пр.). Жизнестойкость данных сетевых структур все более определяется факторами социального, а не экономического характера, в частности неформальными связями и доверием между участниками. Особое место среди них сегодня принадлежит инновационным кластерам, которые в современных условиях ускорения технологической конкуренции превращаются в решающий фактор конкурентоспособности как экономики в целом, так и отдельного предприятия.

Как показывает зарубежный опыт, в ряде секторов национального хозяйства, где в силу исторических или технологических причин складываются

устойчивые взаимосвязи между различными участниками производственного процесса, кластерная сетевая организация быстро приживается и показывает высокую эффективность. Яркий пример – сектор здравоохранения, который уже достаточно давно во многих развитых индустриальных странах превратился в сообщество юридически независимых и взаимосвязанных между собой партнеров, привязанных к определенной территории, а новые кластерные институты на самом деле просто официально оформляют уже имеющиеся связи. Главная задача инновационного кластера – усилить, активизировать взаимодействие между основными участниками инновационного процесса: организациями науки и высшей школы, предприятиями, представителями государственной и региональной власти.

Здравоохранение оказалось тем сектором, где сетевые кластерные структуры, функционирующие на основе добровольного горизонтального взаимодействия, органично переплетаются с традиционным вертикальным механизмом связей. Именно в здравоохранении пересеклись два пути развития кластеризации – неолиберальный и дирижистский. Как показал опыт неолиберальной Швейцарии и дирижистской Франции и тот, и другой путь может привести к высоким положительным результатам. Обе страны сегодня среди мировых лидеров в области здравоохранения по многим показателям (доле этой отрасли в государственных расходах, передовым научным исследованиям и разработкам, качеству медицинских услуг и инфраструктуры, подготовке кадров и пр.). Ключевой фактор успехов этих стран в области здравоохранения – создание эффективных инновационных экосистем. Следуя национальному характеру социально-экономического и политического пути развития в здравоохранении каждой страны формируется своя самобытная инновационная среда, определяющая национальную специфику не только научной, образовательной, промышленной и лечебной инфраструктуры, но и особый формат отношений с государством, которое тем не менее в каждой

стране становится влиятельным самостоятельным игроком и вынуждено действовать с учетом горизонтальной природы связей сетевых структур.

В Швейцарии, где кластеры в отличие от Франции создаются на основе частной инициативы, и отсутствует специализированная кластерная политика, государство становится равноправным участником и стремится создать весь комплекс благоприятных условий для активизации инновационной и предпринимательской деятельности в стране, что прямо отражается на процессе кластеризации. Сегодня в стране действует более 20 кластеров, которые носят отраслевой характер и практически все они инновационно ориентированы. Кластеры стали органичным структурным элементом национального хозяйства Швейцарии, среди них важное место занимают кластеры в области медицины, фармацевтики, медицинской техники, то есть в тех областях, где она традиционный мировой лидер. Ведущими игроками кластерной системы Швейцарии являются частные компании всех размеров, причем крупные фирмы, являясь объединяющим ядром, тесно взаимодействуют не только с учреждениями науки и высшей школы, но, что особенно важно, с малым и средним бизнесом. Более того, активными участниками в кластерах становятся частные инвестиционные структуры самого различного рода (венчурные фонды, бизнес ангелы и пр.). Тем не менее, основой впечатляющих инновационных успехов Швейцарии, по оценкам многих экспертов, является децентрализованный характер ее экономической и политической системы. По рейтингу Глобального инновационного индекса за 2019 г. Швейцария занимает 1 место среди 129 стран (Франция – 16 место), в том числе 2 по уровню развития кластеров (Франция – 20 место) и 3 место по степени развития сотрудничества между университетами, промышленностью и научными организациями (Франция – 30 место)[2]. Федеративное устройство Швейцарии прямо сказалось на формировании эффективной кластерной модели страны, а также на специфике ее системы здравоохранения, которая носит ярко выраженный частный характер.

Во Франции государство, прямо регулируя процесс кластеризации, также не может не учитывать сетевой характер кластерных структур и уделяет большое значение созданию благоприятного инновационного климата в стране. Запущенная государством в 2004 г. политика по созданию инновационных кластеров (т.н. *полюсов конкурентоспособности - ПК*) оказалась весьма эффективной. Сегодня в стране насчитывается 56 ПК, из которых 7- в области здравоохранения, причем практически все они являются кластерами мирового уровня. История развития ПК достаточно ясно выявила, что среди основных барьеров для инновационных прорывов Франции все чаще является излишняя административная опека сверху, а именно - централизованный характер экономической и политической системы страны. Особенно остро этот процесс проявляется в системе здравоохранения, которая отличается крайне централизованным механизмом государственного управления. Несмотря на широкую доступность для своих граждан (Франция занимает 1 место в мире), ключевыми условиями для дальнейшего успешного развития этой системы становятся - децентрализация и принцип субсидиарности.

Список литературы.

1. Marie-Claire Cailletaud.: un moteur de croissance et d'avenir. Avis du Conseil économique, social et environnemental. Industrie Journal officiel de la République française. CESE mars 2018. P. 113. URL:[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018\\_07\\_industrie\\_croissance\\_avenir.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_07_industrie_croissance_avenir.pdf) (дата обращения 1 сентября 2019 г.).

2. Global Innovation Index 2019. Creating Healthy Lives—The Future of Medical Innovation. Ed.:Cornell University, INSEAD ,WIPO. 2019 Стр. 257, 329.

URL: [https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo\\_pub\\_gii\\_2019.pdf](https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_gii_2019.pdf) (Дата обращения 09.09. 2019 г.).

# **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ**

УДК 332.146.2

## **ПУТИ РАЗВИТИЯ КОНЦЕССИИ КАК ФОРМЫ ГОСУДАРСТВЕННО- ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

**Саломатина Ольга Сергеевна, Саргсян Саргис Арменакович**  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд.экон.наук, доц. Кукина Е.Н.

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения – это юридически закреплённая на определённый срок, предполагающая софинансирование и разделение рисков форма взаимодействия между государством и частным сектором в отношении объектов здравоохранения, а также соответствующих медицинских услуг, исполняемых и оказываемых государственными и муниципальными органами, учреждениями и предприятиями [1].

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 [2].

По экспертным оценкам потребность системы здравоохранения в инвестициях в основные фонды для устранения существующего износа составляет порядка 1 трлн рублей. Согласно докладу заместителя директора департамента инфраструктурного развития и ГЧП Минздрава России Хрянина Кирилла Александровича [3], объём инвестиций, который может быть привлечён в модернизацию инфраструктуры

здравоохранения из внебюджетных источников с использованием механизмов ГЧП составляет 250-300 млрд. рублей, а объем инвестиций, который может быть привлечен в строительство и эксплуатацию новых объектов здравоохранения около 70-100 млрд рублей.

Развитие ГЧП в отрасли здравоохранения осуществляется в рамках региональной государственной программы «Развитие здравоохранения Волгоградской области до 2020 года», утвержденной Постановлением Правительства Волгоградской области от 30.04.2013 № 216-п «Об утверждении Программы развития здравоохранения Волгоградской области до 2020года»[4].

Классификация форм ГЧП в зависимости от видов отношений собственности и степени зависимости от государства в вопросах финансирования и разделения рисков. Формы ГЧП выделяются на основе: контрактов, заключаемых между государством и бизнесом на осуществление определенных видов деятельности; арендных отношений; концессионных соглашений; соглашений о разделе продукции; совместных предприятий в виде акционерных обществ или совместных предприятий с долевым участием. Одной из важных разновидностей ГЧП являются концессии.

Концессия – это форма ГЧП, направленная на развитие социально значимой инфраструктуры или осуществление видов деятельности (объект концессии) для защиты общественных интересов, при которой частный сектор (концессионер) развивает объект концессии и получает доходы от его/ее эксплуатации/осуществления, а государственный сектор (концедент) сохраняет права собственности и контроля над объектом концессии [5].

Концессии, в целом, могут способствовать ускорению социально-экономического развития России, реструктуризации экономики в сторону развития перерабатывающего, производственного и инновационного секторов; укреплению и расширению численности среднего класса; стабилизации и развитию социального состава и качественной структуры общества.

На территории Волгоградской области в сфере здравоохранения на данный момент существует два концессионных проекта. На инвестиционном этапе находится

проектирование, создание и эксплуатация имущества для санаторно-курортного лечения на территории п. Эльтон Палласовского района. Санаторий функционировал с 1910 года. В связи с несоответствием современным требованиям, предъявляемым к санаторным учреждениям, большая часть построек нуждается в реконструкции. В 2016 году было заключено концессионное соглашение, согласно которому в срок до 2020 года концессионером (ООО "Санаторий Эльтон-2") будет осуществлено строительство и реконструкция спального корпуса общей площадью 6790,7 кв. метров, 5 этажей, не менее с чем 270 спальными местами и оборудованием номеров; бани, площадью 90,5 кв. метров; плавательного бассейна, рассчитанного на 37 посещений за смену; склада, площадью 267 кв. метров. Общая стоимость проекта-850 млн. рублей. В свою очередь, концедент (Комитет здравоохранения Администрации Волгоградской области) обязуется передать права владения и пользования объектами, а также предоставить земельные участки, на которых они расположены, на основании договора аренды. Целевая эксплуатация с 2021 по 2046 год предполагает 488,2 тыс. услуг доврачебной помощи и 21,5 тыс. услуг санаторно-курортной помощи ежегодно, что должно привести к повышению качества обслуживания пациентов и эффективности лечения на основе внедрения передовых технологий и оборудования, учитывая, что озеро Эльтон – одно из самых минерализованных в мире и самое большое по площади солёное озеро в Европе. Иловая минеральная грязь Эльтона, рапа, минеральные воды являются ценными лечебными ресурсами для восстановления здоровья человека.

Проект по реконструкции и эксплуатации трех объектов лабораторного комплекса по проведению исследований на территории Волгоградской области с общим сроком действия соглашения был подписан 29 июня 2016 года. Частным партнером проекта выступает ООО "Региональная Диагностическая Лаборатория". Согласно соглашению, проект, затраты на который составят 740, 852 млн. рублей, предполагает реконструкцию и оснащение трех объектов здравоохранения на территории Волгоградской области: трехэтажное здание общей площадью 517 кв. м, расположенное на пр-кте Metallургов; нежилое помещение общей площадью 1108,9

кв. м, расположенное на ул. Ангарская; нежилое помещение общей площадью 554,9 кв. м, расположенное на ул. Мичурина в г. Михайловка. На правах концессионного соглашения будет обеспечено оказание спектра лабораторных исследований в рамках базовой и территориальной программы ОМС до окончания действия соглашения (2033 год) [6].

Таким образом, концессионное соглашение представляет собой сделку, в рамках которой один субъект обязуется создать либо реконструировать за свой счет недвижимое имущество, которое находится либо будет находиться в собственности другой стороны. В рамках условий недостаточного государственного финансирования, ГЧП и, в частности, концессии, позволяют модернизировать систему здравоохранения, что несомненно благоприятно воздействует на здоровье населения и экономику государства.

#### Список литературы.

1. Варнавский В.Г., Клименко А. В., Королев В.А. – Государственно-частное партнерство: теория и практика. М.: ГУ-ВШЭ, 2010.

2. Т. В. Пяткова, О. Н. Михайлюк - Концессионное соглашение как наиболее распространенная форма ГЧП // Вестник Югорского государственного университета. - 2015. - №4.

3. Проекты ГЧП в здравоохранении: потребность, практика и вызовы // URL: <https://docplayer.ru/50176290-Proekty-gchp-v-zdravoohranenii-potrebnost-praktika-i-vyzovu.html> (дата обращения: 30.09.2019).

4. Государственная программа развития здравоохранения // Комитет здравоохранения Волгоградской области URL: <http://volgazdrav.ru/index.php/programmy/programma-razvitiya-zdravookhraneniya/dokumenty.html> (дата обращения: 30.09.2019).

5. Солдатенков В.Ю. Структурно-функциональный анализ концессионной деятельности // Омский научный вестник. – 2009. – № 1.

6. База инфраструктурных проектов URL: <https://rosinfra.ru/project> (дата обращения: 30.09.2019).

УДК 65.012.7

## **ИНСТИТУТЫ РАЗВИТИЯ В УЛУЧШЕНИИ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНОВ**

**Косинова Наталья Николаевна**, д-р экон.наук, проф.,

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента.

**Попова Мария Юрьевна**, канд.экон.наук, заместитель начальника отдела  
инвестиционных проектов

Россия, Фонд «Перспективное развитие Волгоградской области»

**Поворина Алена Владимировна**

Директор по инвестициям и инвестпроектам  
Россия, Государственная корпорация «РОСТЕХ»

Проблема привлечения инвестиций – ключевая проблема социально-экономического развития стран, регионов, территорий, отраслей и хозяйствующих субъектов в современных рыночных условиях. При ускорении рыночных процессов, связанном с использованием новых информационных технологий, соответственно повышаются динамичность рынка и риски инвестирования, что актуализирует для инвестора оценку инвестиционного климата и инвестиционной привлекательности потенциального объекта инвестирования [1].

Благоприятный инвестиционный климат в значительной степени характеризуется качеством государственных процедур: от скорости регистрации предприятия и легкости подключения к электрическим сетям до получения разрешений на строительство и развития конкуренции. При этом часть административных барьеров, препятствующих развитию предпринимательской деятельности на территории Российской Федерации, находится на региональном и муниципальном уровне. [2]

С другой стороны, инвестиционная привлекательность является результирующей характеристикой взаимодействия двух комплексных факторов – инвестиционного потенциала и инвестиционных некоммерческих рисков.

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. [3]

В настоящее время в Волгоградской области экономическая ситуация демонстрирует отрицательную динамику. Индекс промышленного производства за 9 месяцев 2018 года составил 99,5%, 34% предприятий Волгоградской области являются убыточными. Рентабельность 215 обрабатывающих отраслей снижается, а издержки растут быстрее, чем прибыль. По итогам проведения национального рейтинга состояния инвестиционного климата инвестиционная привлекательность Волгоградской области за 4 года снизилась на 11 позиций [4].

В целях стимулирования деловой активности и создания предпринимательской среды в Волгоградской области созданы институты развития:

-центр поддержки экспорта. Предоставляет бесплатную консультационную и экспертную поддержку субъектам малого и среднего предпринимательства по вопросам ведения экспортной деятельности.

-центр инжиниринга. Оказывает поддержку малому и среднему предпринимательству в области промышленного инжиниринга и сельскохозяйственного производства. Основной целью деятельности Центра инжиниринга является повышение технологической готовности субъектов малого и среднего предпринимательства Волгоградской области к освоению новых видов продукции и внедрению инноваций и повышение их конкурентоспособности.

-бизнес-инкубатор. Осуществляет поддержку предпринимателей на ранней стадии их деятельности путем предоставления в аренду нежилых помещений, оборудованных всей необходимой для работы техникой и мебелью

на льготных условиях и оказания различных дополнительных услуг, обеспечивающих максимально комфортные условия становления ,успешного развития бизнеса в регионе.

-центр поддержки предпринимательства. Предоставляет консультационные услуги по вопросам финансового планирования; маркетингового сопровождения деятельности и бизнес-планирования; патентно-лицензионного сопровождения деятельности; правового обеспечения деятельности. Организует специальные программы обучения для субъектов малого и среднего предпринимательства.

-центр инноваций в социальной сфере. Осуществляет поддержку, направленную на продвижение и популяризацию социально ориентированных проектов, в том числе информационно-аналитическое сопровождение. Предоставляет консультационные услуги по вопросам, связанным с возможностями использования установленных действующим законодательством преференций.

-центры молодежного инновационного творчества по направлениям: «Робототехника», 3D – моделирование, «Бионика и нейротехнология», «Биомедицина».

Финансовую поддержку бизнесу в Волгоградской области оказывают Гарантийный фонд, Региональный микрофинансовый центр, Фонд микрофинансирования предпринимательства.

По итогам 2018 года Фондом микрофинансирования предпринимательства оказана поддержка 28 субъектам малого и среднего бизнеса на общую сумму 58,7 миллиона рублей. Микрозаймы предоставляются на срок до трех лет в размере не более трех миллионов рублей с процентной ставкой до 7,5% годовых без каких-либо дополнительных комиссий. Такая мера доступна и начинающим субъектам малого и среднего предпринимательства.

По сравнению с 2017 годом поддержка Регионального микрофинансового центра увеличилась на 23,9 миллиона рублей и составила 163,7 миллиона

рублей. Это позволило предпринимателям Волгоградской области реализовать проекты в строительстве, сельском хозяйстве, промышленности, развитии инфраструктуры и организовать порядка 80 рабочих мест. 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.

Сегодня работает 6 программ финансирования, направленных на реализацию различных типов проектов: «Проекты развития», «Лизинг», «Станкостроение», «Конверсия», «Комплектующие изделия», «Маркировка лекарств». Также анонсированы еще две программы: «Внедрение цифровых технологий» и «Повышение производительности труда» [5]. Итогом работы ФРП на текущий момент являются 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).

Задачи волгоградского фонда достаточно амбициозные. Законом об областном бюджете на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов 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. Аналогичная ситуация складывается во многих субъектах Федерации, в связи с чем начиная с 2017 года в регионах наметилась тенденция по внедрению собственных программ поддержки. Опыт льготного финансирования инвестиционных проектов показал востребованность займов в сумме от 3 до 20 млн. рублей, которые не покрываются действующими институтами развития (поскольку они не пересекаются с займами региональных микрофинансовых организаций, предоставляющих займы до 3 млн. рублей и программами фонда развития промышленности). Эффективность поддержки промышленности в регионах во многом зависит от того, насколько взаимосвязаны проводимые федеральная и региональная политики в сфере развития промышленности, важна синхронизация и взаимодополняемость федеральных и региональных мер стимулирования развития промышленности [6].

Подводя итог, можно отметить, что развитие инвестиционной привлекательности, создание для этого благоприятных условий и работа по привлечению инвесторов в регион — это задачи, которые ставятся перед региональными властями и страной в целом. От того, насколько хорошо сработают региональные власти и насколько правильно составлена инвестиционная политика региона, зависит количество привлеченных инвестиций, что приводит к росту и развитию региональной экономики и экономики страны в целом, повышению конкурентоспособности и уровня жизни жителей страны.

Список литературы.

1. Сазонов С.П. и др. Механизм государственно-частного партнерства в реализации инвестиционной стратегии регионов / С.П. Сазонов, Н.Н.

Косинова. – Волгоград: ВолгГТУ, 2014. – 227 с.

2. Косинова Н.Н. Comprehensive Evaluation of Investment Potential (The Case of the Southern Federal District) / Н.Н. Косинова, А.А.Чекалкина, М.С. Толстель и др. - Asian Social Science, №23 December 2014, P. 231-244

3. Сазонов С.П. Императивы повышения национальной безопасности России в контексте современных глобальных вызовов: монография / С.П. Сазонов, Г.В. Федотова, Е.М. Бухвальд, Н.Н. Косинова. – Волгоград, ВолгГТУ, 2018 – 196 с.

4. Инвестиционный портал Волгоградской области. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://investvlg.ru/news/3512/>

5. Фонд развития промышленности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://frprf.ru/zaumu/regiony/>

6. Косинова Н.Н., Попова М.Ю. Формирование системы стратегического планирования в Волгоградской области // Региональная экономика. Юг России. – 2017. - №1. – С. 138-147

УДК 316.4

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АСПЕКТЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

**Луговская Мария Владимировна**, канд.социол.наук.  
Россия, Белгородский государственный национальный  
исследовательский университет,  
кафедра менеджмента и маркетинга.

Повышение качества медицинского обслуживания населения - ключевое направление государственного управления, от которого зависят уровень жизни населения, а также состояние его человеческого капитала. Эффективное медицинское обслуживание в любой стране предполагает наличие следующих ключевых элементов: квалифицированного персонала, современных технологий лечения, обеспеченности медикаментами, оборудованием и

другими расходными материалами. Это позволяет говорить о тесной взаимосвязи качества медицинского обслуживания и уровня его финансирования.

Поиск новых путей совершенствования медицинской деятельности и создания условий для улучшения качества медицинского обслуживания, формирование новых принципов взаимодействия участников здравоохранения и перераспределение их функций, ролевых прав и обязанностей актуализирует проблему управления качеством медицинского обслуживания. Разрабатываемая тема управления качеством медицинского обслуживания обогащает предметную область социологии управления, акцентируя внимание на вопросах управления медицинской организацией, активизации ее социального потенциала, на особенностях социальных взаимодействий, возникающих по поводу воспроизводства здоровья, на специфику медицинского обслуживания как фактора социальной защищенности.

Особый интерес для исследования тематики управления качеством представляют работы зарубежных теоретиков и практиков менеджмента качества Э. Деминга, Дж. Джурана. А. Фейгенбаума. Непосредственно вопросам управления качеством медицинского обслуживания и обоснованию процессного подхода к управлению качеством посвящены работы Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцевой, А.Л. Линденбрата, Г.И. Талановой, статусе социального обслуживания, а не социального вспомоществования. В этой связи адекватной терминологией, отражающей состояние развития современного общества, является - «медицинское обслуживание», «медицинская услуга», «качество медицинского обслуживания».

Качество медицинского обслуживания зависит от социальных условий и социальных характеристик процесса оказания медицинских услуг. Под социальными условиями мы понимаем весь комплекс элементов социальной среды медицинской организации: персонал, социальная инфраструктура лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), удовлетворенность

состоянием рабочего места (санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ, обеспеченность оборудованием и т.д.), социальная защищенность работника. Под социальными характеристиками процесса оказания медицинского обслуживания понимается система социальных взаимодействий участников здравоохранения, в частности взаимодействий между сотрудниками в ЛПУ. Совершенствование социальных условий и социальных характеристик процесса медицинского обслуживания составляет социальную сущность управления качеством медицинских услуг.

Проведенный сравнительный анализ моделей управления качеством медицинского обслуживания выявил существенные характеристики профессиональной, бюрократической и индустриальной моделей. Наибольшим социальным потенциалом обладает индустриальная модель, ориентированная на совершенствование комплекса взаимодействия субъектов (руководителей, медицинских работников, пациентов), на становление системы непрерывного обучения медицинских работников, повышение мотивации к непрерывному улучшению качества оказываемых медицинских услуг. Основываясь на процессном подходе к управлению качеством медицинского обслуживания и включая пациента в число субъектов управления качеством, индустриальная модель по своему содержанию закладывает основы формирования сервисной модели управления качеством.

Говоря о развитии рыночных отношений в здравоохранении, нельзя абсолютизировать значение этого процесса. Здравоохранение, как специфическая социальная сфера, затрагивающая жизненно важные вопросы не сможет, очевидно, целиком и полностью ориентироваться только на рыночные отношения, так как будут оставаться социально значимые виды медицинской помощи, которые должны субсидироваться государством.

Говоря о развитии рыночных отношений в здравоохранении, нельзя абсолютизировать значение этого процесса. Здравоохранение, как специфическая социальная сфера, затрагивающая жизненно важные вопросы не

сможет, очевидно, целиком и полностью ориентироваться только на рыночные отношения, так как будут оставаться социально значимые виды медицинской помощи, которые должны субсидироваться государством.

Значительные изменения качественного, структурного, экономического характера произошедшие в последние годы в отечественной системе здравоохранения, выразились в сокращении коечной сети больниц, введении обязательного и добровольного медицинского страхования, новых экономических отношений внутри лечебно-профилактических учреждений. В результате этого, вопросы внедрения новых подходов к повышению качества медицинских услуг вышли на приоритетный уровень.

В соответствии с этим в работе выделены основные инновационные пути обеспечения качества:

1. Обучение управленческого персонала методам статистического анализа.

2. Признание важности применения принципов нового подхода к управлению качеством на стадиях разработки медицинских технологий и конечных результатов деятельности.

3. Создание в медицинском учреждении автономных бригад качества, сформированных обычно на базе отдельных производственных участков, подразделений.

4. Переход понятия «качество» в ключевое слово новой философии управления.

Создание подобной системы управления качеством потребует структурной перестройки, корректировки системы финансирования, разработки или адаптации нормативов и критериев (стандартов) медицинской деятельности, внедрения автоматизированных экспертно-аналитических систем и формирования своеобразной информационной среды в виде «единого информационного пространства».

В целом, предлагаемые организационно-экономические механизмы развития рынка медицинских услуг позволят всей системе здравоохранения построить эффективную структуру оказания медицинских услуг, создать действенный механизм контроля их исполнения, что является залогом выхода отечественной медицины из кризисной ситуации.

Список литературы.

1. Соболева С.Ю. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения // Волгоградский научно-медицинский журнал— 2015. — №3. — С. 3-8.

2. Сычева И. Новые подходы к управлению качеством // Главврач. — 2016. — №5. — С. 35-40.

3. Тогунов И.А. Концептуальное обоснование применения метода системного подхода к оценке качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 2018. — № 3. — С. 45-48.

4. Управление социальными процессами в здравоохранении: Сборник статей / Под общ. ред. Е.И. Воробьева. — М., 2017. — 152 с.

УДК 614.2

## **КЭА ПРИ ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.**

**Резниченко Мария Федоровна, ст.преп.,**

**Веровский Валериан Евгеньевич, канд.хим.наук, доц.,**

**Островский Олег Владимирович, д-р мед.наук.**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В России в условиях экономической нестабильности, система здравоохранения находится под давлением требований решения проблем эффективного использования ресурсов и инвестиций. Поэтому необходимо знать, какие вмешательства на самом деле информативны и эффективны, а также спрос на эти услуги и их стоимость. Проведение оценки экономической эффективности позволяет выявить упущенные возможности, выделяя

относительно недорогие услуги и вмешательства, которые потенциально могут существенно снизить необоснованные затраты системы здравоохранения [6]. В России для оценки экономической эффективности медицинских услуг применяется клинико-экономический анализ (КЭА) [1]. Методы и алгоритмы такого анализа широко распространены в терапии и фармакоэкономике [2,3,4,5], но практически отсутствуют публикации связанные с оценкой экономической эффективности диагностики. Клиническая лабораторная диагностика играет важную роль не только в процессах выявления и принятия правильного диагностического решения, но и мониторинга различных заболеваний. Не смотря на то что недавно ВОЗ был предложен механизм количественной оценки реальных затрат на лабораторные исследования [7], с помощью которого можно вычислить не только стоимость единичного диагностического теста, но и ежегодные затраты лаборатории на исследования в целом. Но, данный инструмент расчета, не учитывает взаимосвязь между лабораторными показателями и клинической и экономической эффективностью лечения. Поэтому очевидно, что КЭА лабораторной диагностики должен базироваться на создании индивидуальных моделей и стратегий оказания медицинской помощи для различных целевых групп пациентов. На сегодняшний день существует достаточное количество моделей болезней и полной оценки стоимости этой модели, но не создано ни одной модели, позволяющей отразить значение лабораторной диагностики на прогнозирование исходов заболевания и выбора оптимальной стратегии по минимизации рисков целевых групп пациентов.

Целью данной работы было составить прогноз количества истинных положительных диагнозов (ИПД), ложных положительных диагнозов (ЛПД), смертности через 12 месяцев после выписки из стационара, в зависимости от стратегии диагностики пациентов с ОКС. В процессе моделирования мы использовали переходные коэффициенты цепи Маркова (острый коронарный синдром (ОКС) → острый инфаркт миокарда (ОИМ), нестабильная стенокардия

(НСт) → STEMI (ОИМ с подъемом ST на ЭКГ), NSTEMI (ОИМ без подъема ST на ЭКГ) + НСт) и значения диагностической чувствительности (ДЧ) кардиомаркеров варьировали в пределах, найденных в литературе. Генерировали 30 случайных выборок из 1000 пациентов с ОКС. Рассчитывали долю ИПД, количество ЛПД и прогноз смертности среди пациентов с ОКС в течение 12 месяцев после выписки из стационара в зависимости от стратегии диагностики. Исходя из характера доступных дискретных данных, построена модель оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда. На основании существующей системы индикаторов качества (приказ МЗ РФ от 10.05.2017 N 203н) мы проанализировали зависимости исходов от объема предоставленных диагностических и терапевтических услуг пациентам с острым инфарктом миокарда. Используя прайсы платных услуг бюджетных и частных медицинских учреждений г. Волгограда, а также тарифы, утвержденные ТФОМС на 2019 г., мы проанализировали экономическую целесообразность процедур предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи. В своем исследовании мы создали и проанализированы три диагностические модели: Модель 1 (только ЭКГ), Модель 2 (ЭКГ + тропонины, Модель 3 (ЭКГ + креатинкиназа-МВ или миоглобин, в сроки, сопоставимые с тропонинами). Построение подобных моделей для анализа эффективности и целесообразности объема и качества предоставления медицинских услуг позволяет не только выбрать оптимальную стратегию диагностики и лечения, но и составить прогноз для диапазона значений конечных точек, который может быть использован при оценке деятельности лечебных учреждений.

Список литературы.

1. Приказ МЗ РФ: от 27.05.2002 № 163: «Об утверждении отраслевого стандарта» Клинико-экономические исследования. Общие положения»

2. Афонин А.В., Драпкина О.М., Колбин А.С. Клинико–экономический анализ спазмолитиков для купирования абдоминальной боли, вызванной спазмом кишки // РМЖ.—2010.—№ 13.—Т. 18.—С. 845-849.
3. Бездетко Н.В., Бездетко П.А., Мужичук Е.П. Клинико-экономический анализ фармакотерапии пожилых больных с первичной открытоугольной глаукомой в областной клинической больнице г. Харькова // Проблемы стандартизации в здравоохранении.—2008.—№ 3.—С.13-17.
4. Воробьев П.А. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / П.А. Воробьев.- М.: «Нью-диамед», 2000.- 80 с.
5. Петров В.И., Негода С.В. Медицина, основанная на доказательствах / В.И. Петров.—М.: ГЭОТАР-Медиа.—2009.
6. Price C.P., Wolstenholme J., McGinley P. Translational health economics: the key to accountable adoption of in vitro diagnostic technologies // Health Services Management Research.-2018.-Vol. 31(1).- P. 43–50.
7. Всемирная организация здравоохранения: [сайт].URL: <http://www.euro.who.int>

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.**

## **ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ**

УДК 574.55

### **ENVIRONMENTAL IMPERATIVE IN THE USE OF MICROALGAE**

**Medvedeva Ksenia**

High school student 11, Volgograd, Russia

Chief Researcher, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Agricultural Sciences, FSBSI All-Russian research institute of irrigated agriculture, Volgograd, Russia, Viktor V. Melikhov

The UN «Global Environment Outlook 6» International Program sets a goal to create human living conditions that meet environmental requirements. Standards that determine the living conditions of a person are divided into two groups: human life standards and environmental standards. Water is important in human life, however, as a result of anthropogenic impact (pollution by industrial and municipal effluents), nitrogen, phosphorus, and chlorine compounds are concentrated in natural water in excess, causing deadly mutations and the growth of blue-green algae, causing "flowering water bodies" [1]. In scientific publications there are examples of human diseases from the use of water with a significant amount of cyanobacterial blooms. During the "flowering of water bodies", the biomass of blue-green algae accumulates in the coastal part, complicates the supply of water to the water supply networks, forms inorganic zones and leads to the death of aquatic organisms. Existing methods to combat the "flowering of ponds" have a number of significant drawbacks, mechanical, require high financial costs, and chemical - environmentally unsafe [2].

The aim of the study is to study the use of microalgae *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 for the improvement of natural and artificial reservoirs. In the laboratory of hydrobiology and monitoring of surface waters of the FSBSI All-Russian research institute of irrigated agriculture (Volgograd), for more than 15 years, studies have been carried out on the use of microalgae in economic sectors. The experiments are

conducted on the propagation of *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 in bioreactors and open aquariums, use in various sectors of the economy and for the purification of natural and artificial reservoirs. Experiments on the introduction of *Chlorella vulgaris* IGF No. S-111 in the bays of the Volgograd reservoir was carried out on the basis of preliminary determination of the hydrobiological and hydrochemical qualities of water [3].



Figure 1— Research on the reproduction of *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 is carried out by Ksenia Medvedeva, Laboratory of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Agricultural Sciences, FSBSI All-Russian research institute of irrigated agriculture, 2019

The rather complicated ecological situation prevailing in the Volga river basin (water for drinking and domestic water supply is considered conditionally suitable here) requires solutions to prevent untreated effluents from entering the water and to clean the reservoir. The technology of algolization of water bodies has been used since the mid-20th century, based on the introduction of green algae *Chlorella vulgaris* into the water body, which allows to reduce the "flowering effect". The algorithm of biological rehabilitation of water bodies consists in the destruction of blue-green by green algae, in the reduction of pollutants. The strain of *Chlorella*

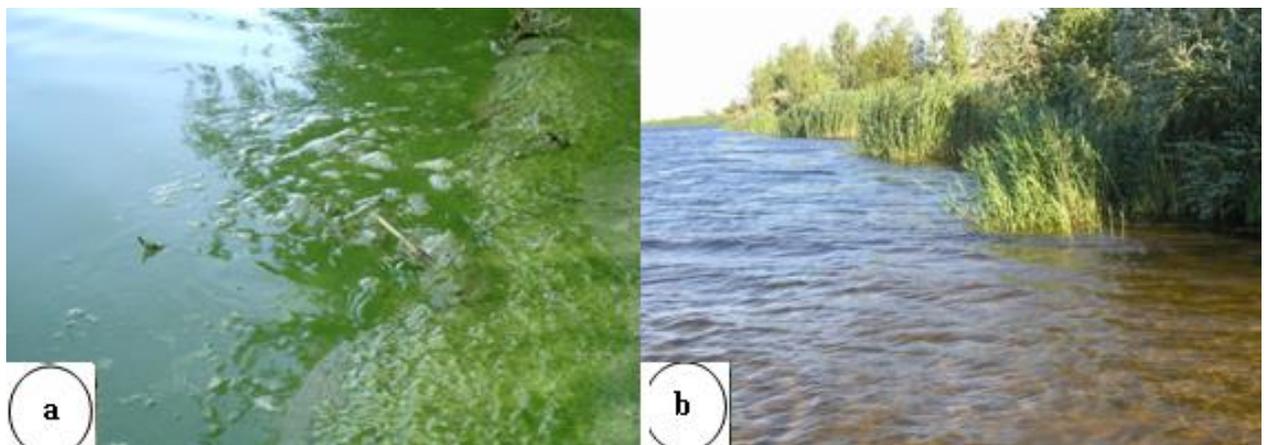
vulgaris IGF No. C-111 introduced into the pond exhibits well-defined antagonistic properties to algoflora, bacteria, fungi, yeast and ciliates. During the day, lysis of mushrooms, yeast, blue-green algae sets in, which, perishing, are deposited to the bottom. The Volgograd reservoir has a length of 546 km, a water mirror area of 3117 km<sup>2</sup>. The main biomass of blue-green algae that accumulate in the coastal part of the reservoir, when decomposed, reduces the oxygen content in the water, causes the formation of dead zones, the death of hydrobionts. Warm water and the presence of sunlight contribute to the rapid growth of blue-green algae from the genera *Anabaena*, *Aphanizomenon*, *Microcystis*, *Oscillatoria* [10]. “Blooming” of algae at the end of the summer period significantly worsens the hydrochemical, sanitary and hygienic and fishery indicators of water. To assess the effect of strain *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 on the parameters of the water ecosystem of the reservoir, the index of the “desirability function” (D) was calculated by the formula:

$$D = \sqrt[n]{d_1 \cdot d_2 \cdot d_3 \dots d_n}, \quad (1)$$

where  $d_1, d_2, \dots, d_i$  are the partial function of the “desirability” of the  $i$ -th indicator;

$n$  is the number of indicators.

The maximum indicator of the “desirability function” corresponds to - 1, the minimum - 0. In the study, the following indicators were used as indicator indicators: level of oxygen concentration in water, degree of transparency of water, volume of biomass of zooplankton, green and blue-green algae.



a - film of decomposing blue-green algae in the Bay of Yablonovo (August, 2017);

b - Apple Bay after algolization of *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 (September, 2017)

Figure 2 - Condition of the Yablonovo Bay of the Volgograd Reservoir before and after algolization, 2017

In 2017, scientists from the institute conducted studies on the introduction of the *Chlorella vulgaris* IGF strain No. C-111 at 6 stations in the bays of the Volgograd reservoir: Erzovskaya, Dubovskaya, Balykleyskaya, Yeruslanovskaya, Yablonevaya, and Red Shoals. According to the formula, the dependence was determined:

$$D = 0.169 + 0.0557 \ln (P), (2)$$

where D is the value of the desirability function at the end of the growing season (September 2017);

P - total algolization density per season, liters of suspension per 1 ha.

The coefficient of determination of this dependence was 0.71 and indicates the efficiency of the introduction of *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 into water bodies [3].

Based on the studies, the following conclusions can be drawn: the algolization of the gulfs of the Volgograd reservoir with strain *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 led to an improvement in the basic ecological and water parameters of the ecosystem; the introduction of *Chlorella vulgaris* IGF No. C-111 without a preliminary study of the state of the reservoir, can not only not improve the ecological situation in the ecobiocenosis, but also provoke the growth of “undesirable” organisms for humans. All this requires further research to improve the technology of algolization.

### Bibliography

1. Melikhov, V. V. Green Technologies: The Basis for Integration and Clustering of Subjects at the Regional Level of Economy // L. N. Medvedeva, Viktor Melikhov Alexey A. Novikov, Olga P. Komarova // Integration and Clustering for Sustainable Economic Growth. Springer. – 2017. – С. pp. 365 – 382.

2. Medvedeva, L.N. Promotion of green technologies as a basis for strategic development of urban and rural settlements of Russia / O.P. Komarova, L.N. Medvedev, K.Yu. Kozenko // Fundamental research. – 2015. – No. 11 (part 56). – S. 1009 –1013.

3. Frolova, M.V. Modern biotechnology in improving the quality of water in open reservoirs for multi-purpose use / M.V. Frolova, O.P. Komarova, M.V. Moskovets // Bulletin of the Lower Volga Agricultural University: Science and higher professional education. – 2018. – No 4 (52). – S. 213 –218.

УДК 338.439

**РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЫНКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО  
ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ  
АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ**

**Агаларова Екатерина Григорьевна**, канд.экон.наук, доц.  
Россия, Ставропольский государственный аграрный университет

Полноценное и безопасное питание является важнейшим условием поддержания здоровья, высокой работоспособности и выносливости человека, сохранения генофонда нации. Рациональное питание снижает также риск возникновения различных заболеваний. От качества питания в целом и отдельных его компонентов (продуктов и блюд) в частности напрямую зависит состояние здоровья человека.

Анализ динамики и структуры алиментарно-зависимых патологий (ожирение, сахарный диабет II типа и др.) на территории Ставропольского края свидетельствуют о росте заболеваемости среди населения региона. Питание играет огромную роль, как в профилактике, так и в возникновении большого числа заболеваний представленных в таблице 1. Питание лежит в основе или имеет существенное значение в возникновении, развитии и течении около 80% всех известных патологических состояний.

Исследование вопросов потребительского отношения к продуктам питания среди населения Ставропольского края (212 респондентов), отражает наличие серьезных проблем в организации системы питания населения:

- несоблюдение примерных меню, в том числе норм питания по основным продуктам;
- существенное уменьшение потребления наиболее ценных пищевых продуктов;
- нарушение режимов питания;
- нерациональные способы приготовления пищи;
- избыточное потребление животных жиров, «чистых сахаров»;
- дефицит белков, в том числе полноценных, дефицит полиненасыщенных жирных кислот;
- круглогодичный дефицит большинства витаминов, в том числе антиоксидантного ряда;
- дефицит микро и макроэлементов (железа, йода, магния, кальция, фтора, цинка и других);
- дефицит пищевых растительных волокон [1].

Таблица 1 - Количество зарегистрированных алиментарно-зависимых заболеваний в Ставропольском крае\*

Показатели	2016	2017	2018	2018 в % к 2016
Зарегистрировано всего заболеваний у взрослых (на 1000 человек взрослого населения)				
Болезни эндокринной системы	62,1	64,9	64,1	103,2
Болезни органов пищеварения	67	72,9	75,6	112,8
Болезни мочеполовой системы	89,9	94,8	107,4	119,5
Зарегистрировано всего заболеваний у подростков (15-17 лет (на 1000 человек населения соответствующего возраста)				
Болезни эндокринной системы	45,1	44,7	42,6	94,5
Болезни органов пищеварения	104,8	114,2	120,4	114,9
Болезни мочеполовой системы	93,4	101	102,8	110,1
Зарегистрировано всего заболеваний у детей (0-14 лет (на 1000 человек детского населения)				

Болезни эндокринной системы	13,1	13,8	12,8	97,7
Болезни органов пищеварения	72	90,3	90,2	125,3
Болезни мочеполовой системы	42,5	49,5	50,2	118,1

\*Источник данных: Краткий статистический сборник. Ставропольский край, 2018 г.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2016 г. № 614 установлены рекомендуемые нормы потребления основных пищевых продуктов, отвечающие современным требованиям здорового питания. Соответствие нормам потребления во многом предотвращает заболевания, связанные с питанием, а также проблемы ожирения и недостатка веса, отклонения, как в меньшую сторону, так и в большую свидетельствуют о снижении культуры питания среди населения.

Потребление таких продуктов, как хлебные продукты, картофель в рационе среднестатистического жителя Ставропольского края меньше рекомендуемых норм, это является положительной тенденцией в структуре питания, однако сильный недостаток в потреблении овощей, фруктов, рыбопродуктов, молока, яиц и превышение рекомендуемых норм по сахару, мясопродуктам и маслу растительному существенно повышает риск возникновения проблем со здоровьем [1].

Развитие концепции персонализированного питания в современном обществе – это новый подход к составлению рациона и регулированию пищевых привычек человека. Не только люди, страдающие различными заболеваниями, являются потребителями персонализированного питания, но и те, кто самостоятельно выбрал путь здорового образа жизни, люди, которые готовы придерживаться рекомендуемым нормам и постулатам сбалансированного питания, а также те, кто уже знает свои персонализированные рекомендации по питанию от диетологов, генетиков и спортивных врачей. Согласно всероссийским опросам и анализам экспертов, по состоянию на 2018 год только 10% граждан соблюдают рекомендованные

нормы, режим и рацион питания по собственной инициативе, без причин соблюдения медицинской диеты, то есть только 280 тыс. чел. в крае являются полноценными потребителями персонализированного питания.

В перспективе персонализированное питание подразумевает составление рациона с учетом генетических особенностей человека, такие исследования на сегодняшний день дорогостоящие для отдельного индивидуума, но уже есть продвижения в диагностике генетических заболеваний, рекомендации по исключению тех или иных продуктов из рациона человека, простые расчеты микро и макронутриентов, которые позволяют подобрать необходимый набор продуктов отдельному клиенту.

Проблема нынешнего рынка персонализированного питания в том, что рекомендации врачей, диетологов, результаты тестов ДНК уже можно получить, а вот собрать себе рацион в обычных магазинах довольно сложно и дорого. Для решения этой проблемы необходима активизация всех ступеней производства и сбыта продуктов питания, чтобы сократить непосредственно путь к потребителю, производитель должен быть в курсе того, что требуется клиенту в рамках его рациона.

Таким образом, сельхозпроизводители, переработчики и сервисы по подбору персонализированного рациона и доставке продуктов питания на данный момент являются основой рынка персонализированного питания. Немаловажными игроками персонализированного питания являются медицинские центры, которые могут предоставить услуги генетических исследований, что является одним из основных направлений в рамках составления индивидуального рациона питания потребителя.

Подводя итоги вышесказанного, отметим, что результатом развития регионального рынка персонализированного питания должно стать удовлетворенность потребителя продуктами высокого, заданного и функционального качества, которые способствуют снижению алиментарно-зависимой заболеваемости у населения.

Список литературы.

1. Агаларова Е.Г., Гунько Ю.А., Косинова Е.А., Чернова К.С. Стратегический анализ развития сельского хозяйства Ставропольского края в системе рынка персонализированного питания // Вестник Института дружбы народов Кавказа Теория экономики и управления народным хозяйством. – 2019. – № 2 (50). – С. 15-22.

УДК 616-009.7

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ МИГРЕНЬЮ**

**Ашанина Наталья Марковна**, д-р мед.наук. проф.

Россия, Российский национальный исследовательский медицинский  
университет им. Н.И Пирогова  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,  
экономики здравоохранения

Головная боль (ГБ) представляет собой глобальную проблему здоровья населения. Данные различных эпидемиологических исследований свидетельствуют, что ГБ наблюдается у 80% трудоспособного населения европейских стран. Среди первичных форм ГБ одной из наиболее распространенных является мигрень, которой страдают от 10 до 15 % взрослого населения планеты [1, 3]. Каждый восьмой взрослый житель в развитых странах мира страдает мигренью. В Европейских странах и США у женщин распространенность названной патологии составляет 11-25%, у мужчин – 4-10%. Существенно выше данный показатель в России, где он достигает 21% [2]. Так как мигренью страдают люди преимущественно трудоспособного возраста, общество несет значительные экономические потери. По данным исследований, проведенных в разных странах, годовой экономический ущерб в целом, обусловленный временной нетрудоспособностью вследствие мигрени, достигает 13-14 млн. долларов. Прямые затраты на оказание медицинских услуг таким больным в течение года, включающие стоимость медикаментов и другие

расходы больного и медицинских служб, составляют (по данным фирмы Astra Zeneca) в США - 9,4 млрд. долларов, в Канаде - 1,5 млрд. канадских долларов, в Австралии - 38,2 млн. австралийских долларов, в Швеции - 83,7 млн. шведских крон, в Великобритании - 22,3-23,9 млн. фунтов стерлингов [4]. В России широких эпидемиологических исследований распространенности мигрени не проводилось, но можно считать, что распространенность мигрени находится на уровне развитых европейских стран. Недостаточно полно изучены вопросы связанные с оценкой качества жизни пациентов с мигренью и наиболее эффективных медико-организационных технологий оказания медицинской помощи при данном заболевании.

В целях изучения состояния здоровья, образа жизни, организации медицинской помощи больным мигренью и разработки мероприятий по ее оптимизации было проведено медико-социальное исследование 400 больных, страдающих мигренями. Пациенты были в возрасте от 15 до 61 года, средний возраст больных составил  $35,3 \text{ лет} \pm 3,2 \text{ лет}$ , женщин было 86,5 %, мужчин – 13,5%. В браке состояли 80,7 % обследованных. Высшее образование имели 77,1 %. Средняя длительность болезни составила  $21,4 \pm 2,2$  года: длительность болезни 20 и более лет встретилась у 52,2 % больных, от 5 лет до 20 лет – у 39,3% больных, менее 5 лет – у 8,5% больных. Средний возраст дебюта заболевания был равен  $17,1 \pm 2,7$  года. У ближайших родственников 65,1% больных отмечались ГБ, причем в основном заболевание передавалось преимущественно по женской линии, от матери и бабушки. Факторы, провоцирующие приступ мигрени имели следующее ранговое распределение: наличие стрессовых воздействий выявлено в 92% случаев, прием алкоголя – 82%, начало менструаций – 75%, недостаточная или избыточная длительность сна – 45%, длительные перерывы между приемами пищи - 35%, употребление некоторых пищевых продуктов – 30% и воздействие изменения погодных условий – 20%. Средняя частота приступов боли, вызванной мигренью, составляет 3,6 случаев в месяц. При этом средняя частота приступов (2 – 4

приступа в месяц), была зарегистрирована у 57% пациентов, частая (более 4-х приступов в месяц) – у 23%. Установлено, что средняя продолжительность приступа мигренозной боли варьировалась от 2,5 до 71,1 часа. Типичные симптомы, сопровождающие приступ мигрени, были представлены в ранговом порядке такими проявлениями, как: фотофобия, фонофобии, тошнота, рвота, головокружение, гипергидроз лица. При этом выявлено, что сопровождающие приступ мигрени симптомы присутствовали в комбинации, так у 81% респондентов отмечена комбинация из 3 симптомов, у 72% – из 4-х. У 53,3% больных наблюдались предвестники приступов, заключающиеся чаще всего в нарушениях зрения в виде изменения полей зрения, чёткости, наличия зрительной ауры, а также в сонливости, нарушениях настроения, раздражительности, изменении аппетита, слуховых, обонятельных псевдогаллюцинациях. Для изучения непосредственной характеристики ГБ был применен комплексный болевой опросник (КБО) [5], с помощью которого были выявлены наиболее значимые её характеристики: степень интенсивности ГБ; ее влияние на жизнь пациентов; уровень субъективного порога боли; степень самоконтроля; необходимость в поддержке значимого человека. Параметры выраженности перечисленных характеристик измерялись значением шкалы интерференции от 0 до 4 баллов. Состояние работоспособности больных в момент приступа, определенное с помощью КБО, было оценено в 4 балла у всех обследованных больных, т.е. все они были полностью нетрудоспособны. В организации медицинской помощи больным, страдающим мигренями выявлен ряд проблем. 1) Низкий уровень обращаемости за медицинской помощью данной группы больных: 75,4% респондентов не обращались к врачу в связи с ГБ. 2) Недостаточная диагностика ГБ: правильный диагноз «Мигрень» не был установлен у 91,9% больных. 3) Отсутствие профилактического лечения - профилактическое лечение было назначено только 4,2% пациентов. 95,8% больных, страдающих данной патологией, использовали лишь купирование приступов ГБ, в основном самостоятельным назначением анальгетиков. 4)

Отсутствие профилактического наблюдения за лицами, страдающими мигренозными ГБ со стороны терапевтов, врачей общей практики, неврологов.

Оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с ГБ могут способствовать следующие мероприятия. 1) Создание поэтапной последовательной системы лечения данной группы больных, включающей наблюдение терапевтов, врачей общей практики с обязательной консультацией невропатологов, организацию специализированных кабинетов лечения ГБ при крупных поликлиниках и больницах и региональных центров ГБ. 2) Обучение врачей, в первую очередь терапевтов, врачей общей практики и неврологов, основам диагностики и лечения ГБ согласно Международным стандартам. 3) Внедрение системы диагностики и лечения ГБ в организацию диспансерного наблюдения и проведение периодических медицинских осмотров. 4) Повышение уровня осведомленности населения о ГБ с целью коррекции их образа жизни, направленной на нивелирование действия факторов риска развития приступов ГБ. Целесообразной может быть рекомендация лечащего врача об организации рабочего времени пациентов по индивидуальным графикам, с учетом состояния работоспособности в момент приступа мигрени. Внедрение мероприятий по оптимизации медицинской помощи больным с мигренью позволит сократить количество дней нетрудоспособности.

Список литературы.

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33:629-808.
2. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A., et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. Cephalalgia 2012; 32:373–381.
3. Stovner L., Hagen K., Jensen R., et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007; 27: 193-210.
4. Окнин В.Ю., Артеменко А. Р. Азбука головной боли. Под

редакцией академика РАМН А.М. Вейна. М. 2003.

5. Фокин И.В. Головная боль: основы организации медицинской помощи: Монография /Под ред. проф. В.З. Кучеренко. М.: Изд-во ООО «Демидург-АРТ», 2008. 165 с.

УДК 364.126

### **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ: ФАКТОРЫ И УСЛОВИЯ ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

**Белюсова Светлана Владимировна**, вед. науч. сотр., канд.экон.наук, доц.  
Россия, Иркутский научный центр СО РАН,  
отдел региональных экономических и социальных проблем

Здоровье это сложная категория, рассмотрение которой возможно на основе большего числа концептуальных платформ, включая медицинскую, биомедицинскую, биосоциальную, ценностно-социальную и др. Отсутствие общепризнанных подходов в силу многочисленности каналов взглядов на этот предмет формирует широкую линейку вариантов понимания данного термина от функционально-биологического вкупе с психологическим и физическим состоянием объекта до социально-экономического. Последнее относит понимание здоровья к нематериальному благу. Однако в силу того, что природа всех невещественных объектов может быть сведена к энергии либо к информации [1], категория здоровье также рассматривается в двух плоскостях либо как статистический, либо как ресурсный объект. Как статистический объект здоровье рассматривается как совокупность показателей по видам здоровья, по группам населения и др. Число подобных показателей огромно, однако как любая частная, разрозненная информация она плохо систематизируется в целостную картину.

Здоровье как ресурсный объект, лексически происходящий от слова «целый» [2], больше соответствует его целостному пониманию как сложной, комплексной, системной категории раскрывающей совокупность возможностей

или средств, позволяющих людям жить благополучной, продуктивной и качественной жизнью. Однако особенности рассмотрения данного ресурса весьма разнообразны в зависимости от принадлежности здоровья, которая имеет несколько уровней: индивидуальный, групповой, региональный и общественный.

Важность общественного уровня рассмотрения здоровья как состояния и результата коллективной жизнедеятельности имеет, по меньшей мере, два аспекта. С одной стороны общественное здоровье отражает интегральное комплексное здоровье индивидуумов, из которых состоит коллектив, региональный или национальный социум. При этом эксперты утверждают, что общественное здоровье – это не только «совокупность характеристик и признаков индивидуального здоровья, но и интеграция социально-экономических черт, делающих его жизненно необходимой частью того социального организма, каким является общество» [3]. С другой стороны, общественное здоровье является информационной, идейной, организационной и т.д. основой создания и функционирования как системы здравоохранения, обеспечения ее научной организации и научного планирования [4], так и комплексной стратегии управления здоровьем в целом.

В итоге общественное здоровье с одной стороны рассматривается как «наука и искусство профилактики заболеваний, продления жизни и укрепления здоровья через организованные усилия и осозанный выбор общества, организаций, государственное и частное, общинное и индивидуальное» [5], с другой стороны как текущее и желаемое состояние популяции, общества в целом, которое с позиции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рассматривается как состояние полного физического, духовного и социального благополучия общества. В условиях ограниченности представления о комплексном благополучии общества и путях его достижения, общественное здоровье чаще ограничивается рамками теории и практики профилактической

медицины, основные принципы которой изложены в Оттавской хартии по укреплению здоровья ВОЗ (1986) [6].

В основе профилактической медицины согласно этому документу должна быть положена стратегия укрепления здоровья, включающая, по меньшей мере: «защиту, активное отстаивание здоровья для создания основных, наиболее существенных условий для здоровья...; предоставление всем людям возможности достичь и реализовать полностью свой потенциал здоровья; и осуществление посредничества между различными интересами в обществе для обеспечения и достижения здоровья». Все эти требования должны носить всеобъемлющий характер, поскольку цель сохранения и укрепления здоровья должна являться центральной не только для органов здравоохранения, но и для всей системы государственного и местного управления. На основе этих принципов были сформулированы четыре основные обязательства деятельности для государства и общества по укреплению здоровья [7], на основе которых многие государства сформировали свои стратегии укрепления здоровья [8], включающие в себя все уровни и все сферы управления: экономику и политику, идеологию и пропаганду, образование и культуру, науку и медицину и др. Системно объединяя все действия власти и общества вокруг главной цели - укрепление его здоровья, документы рекомендуют осуществлять обязательный набор управленческих мер, в число которых, по мнению ВОЗ, должно входить учет и контроль не только за состоянием здоровья общества, но и за всеми факторами и условиями их достижения.

Таковыми факторами здоровья согласно документам ВОЗ является широкий спектр предпосылок здоровья, включая: «...мир, кров, образование, пища, заработок, стабильная экосистема, устойчивые ресурсы, социальная справедливость и равенство» [6]. Каждое из этих составляющих при анализе здоровья в развитых странах детально рассматривается и изучается по значительному широкому ряду параметров.

Подобного многоаспектного, многоуровневого анализа в РФ практически не проводится. Вопросы социологии здоровья в России являются пока достаточно новой сферой исследования [9], а стратегия укрепления здоровья на государственном уровне формируется в альтернативе двух направлений: разработка проектов по укреплению здоровья в стране [10] и обсуждение концептуальных идей развития здравоохранения до 2020 г. [11]. В первом случае документы не имеют широкого массового обсуждения, как и последующего их принятия. Во втором случае вопрос развития здравоохранения является только частью большого спектра задач укрепления здоровья общества. В итоге проблема общественного здоровья в России остается крайне мало исследованным, недостаточно институционально оформленным и практически неосвоенным вопросом.

Для укрепления здоровья общества остро встает задача формирования в нашей стране более глубокого, системного представления общественного здоровья, целостно учитывающего все элементы и условия его формирования, включая макро-условия. Кроме того система знаний общественного здоровья должна объединить и сконцентрировать весь спектр действий политического, экономического, медико-социального и организационного характера общества на улучшение показателей здоровья. Для этого на основе анализа закономерностей общественного развития, проблем народного хозяйства, образования и культуры необходимо создать механизм научной организации и научного планирования укреплением здоровья общества.

Список литературы.

1. Тер Мюлен Р. Здравоохранение в Нидерландах: гуманитарная солидарность //ЗНАНИЕ. ПОНИМАНИЕ. УМЕНИЕ – 2006 – №2.
2. Адо А.Д., Царегородцев Г.И. Борьба материализма и идеализма в учении о здоровье и болезни человека. – М.: Медицина, 1970. – С.26-29.
3. Науменко Ю. В. Психологические основания здоровьесформирующего образования // Электронный журнал «Психологическая наука и

образование» 2009 – № 3 [Интернет].URL: [http://psyedu.ru/files/articles/1369/pdf\\_version.pdf](http://psyedu.ru/files/articles/1369/pdf_version.pdf)

4. Царик Г.Н., Ивойлов В.М., Богомолова Н.Д. и др. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» – Кемерово, 2012. – 911 с.

5. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья Всемирная организация здравоохранения Женева 1998 г. [Интернет].URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_rus.pdf)

6. Оттавская хартия по укреплению здоровья, 1986 г. ВОЗ [Интернет]. URL:[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/146808/Ottawa\\_Charter\\_R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf).

7. Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире 2005 г. ВОЗ [Интернет]. URL: [https://docviewer.yandex.ru/?url=yaserp%3A%2F%2Fwww.my-luni.ru%2Fi\\_pic%2F3%2Fhealth%2Fdok%2FBCHP.pdf&c=559ceба4340b&page=1](https://docviewer.yandex.ru/?url=yaserp%3A%2F%2Fwww.my-luni.ru%2Fi_pic%2F3%2Fhealth%2Fdok%2FBCHP.pdf&c=559ceба4340b&page=1)

8. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века ВОЗ. Европейское региональное бюро. 2013 г. [Интернет]. URL:[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf).

9. Лебедева-Несевря Н.А. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с.

10. «О проекте концепции сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания» Решение Коллегии Минздрава РФ от 30 июля 1997 г. № 11 <http://www.bestpravo.ru/rossijskoje/ug-zakony/e2k.htm>

11. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р

(ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»  
[http://www.consultant.ru /document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/](http://www.consultant.ru /document/cons_doc_LAW_82134/)

УДК 338.054.23

## **ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА НАЦИОНАЛЬНЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРАНЫ**

**Лелеко Эвелина Андреевна**, студент лечебного факультета  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд.экон.наук, Днепроvская И.В.

Взаимосвязь между здоровьем населения страны, с одной стороны, и экономическим ростом, с другой, признается как экономикой, так и медициной. В условиях наблюдающегося в последние десятилетия старения населения взаимовлияние здоровья и экономического роста выходит на передний план в качестве компенсаторного механизма поддержания экономического роста при сокращении притока рабочей силы. Улучшение здоровья населения за счет пролонгации работоспособности приводит к увеличению предложения рабочей силы, росту производительности труда и, соответственно, росту экономических показателей развития как отдельных регионов, так и страны в целом.

Цель данного исследования рассмотреть взаимозависимость экономических показателей страны и здоровья населения.

На реализацию мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения» с 2019 по 2021 годы запланировано финансирование в объеме 1961,5 млрд рублей, что на 31% больше уровня прошлого года. В 2020 году этот показатель в рамках прогнозного значения должен составить 760,9 млрд рублей, а в 2021 году – свыше 694 млрд рублей [1].

В составе национального проекта «Здравоохранение» (туда, в свою очередь, входит государственная программа «Развитие здравоохранения») предусмотрены расходы по восьми федеральным проектам: развитие системы

оказания первичной медико-санитарной помощи, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, борьба с онкологическими заболеваниями, развитие детского здравоохранения, обеспечение квалифицированными кадрами, развитие сети национальных медицинских исследовательских центров, создание единого цифрового контура здравоохранения, развитие экспорта медицинских услуг. При этом, наиболее пристальное внимание уделяется сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, являющимся основной причиной смертности населения. Таким образом, статистика свидетельствует, что болезни системы кровообращения вызывают 904 055 смертельных случаев, в то время как злокачественные образования – 295 729 человек [1].

Общие экономические потери (экономический ущерб), которые несет общество в связи с заболеваемостью населения, делятся на прямые и косвенные. К прямым экономическим потерям вследствие заболеваемости относятся затраты на оказание медицинской помощи: амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научно-исследовательскую работу, подготовку кадров. К прямым экономическим потерям вследствие заболеваемости относят также пособия по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности и пенсии по инвалидности. Косвенные экономические потери – это потери в связи со снижением производительности труда в результате заболеваемости, объем недопроизведенной продукции на промышленном предприятии и интегральное снижение национального дохода на уровне всего народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти людей в трудоспособном возрасте. Необходимо также учитывать тот факт, что косвенные экономические потери во много раз превышают прямой экономический ущерб вследствие заболеваемости [2].

Для сокращения уровня экономических потерь в следствии ухудшения состояния здоровья населения необходимо:

а)осуществлять профилактику хронических заболеваний и заболеваний инфекционного характера;

б)максимально усилить санитарно-просветительскую работу среди населения;

в)осуществить переоснащение и повышение материального обеспечения медицинских учреждений;

г)инвестировать средства в проведение научных исследований и и современные медицинские технологии;

д)максимально пропагандировать физическую культуру и физическую активность с целью вовлечения в эту деятельность всех возрастных групп населения.

Реализация обозначенных мер позволит значительно улучшить здоровье населения и повысить качество жизни людей, что в свою очередь будет способствовать экономическому росту страны.

#### Список литературы.

1. Комитет Государственной думы по охране здоровья рассмотрел бюджет здравоохранения на 2019–2021 годы // Кто есть Кто в медицине [электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: <http://ktovmedicine.ru/news/2018/2/komitet-gosudarstvennoy-dumy-po-ohrane-zdorovya-rassmotrel-byudzhet-zdravoohraneniya-na-2019-2021-gody.html>

2. Самутин, К.А. Комитет Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства // Российское предпринимательство [электронный ресурс]. – 2012. – Режим доступа: <https://creativeconomy.ru/lib/7543#html>

3. Ширванова М.Р. «Влияние здоровья населения на экономический потенциал государства» // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки : сб. ст. по мат. XLII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 5(42).

УДК 616.31-08-039.71-053.5

**КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ  
ПРОГРАММ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ**

**Онищенко Любовь Федоровна, асс.**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра ортодонтии

Среди программ профилактики стоматологических заболеваний особое внимание уделяется повышению уровня стоматологической грамотности населения [1]. Образовательные стоматологические программы (ОСП) проводятся во многих странах мира, к проведению подобных программ привлекают различных специалистов: гигиенистов стоматологических, педагогов, врачей-стоматологов, специально подготовленных лекторов, нестоматологический медицинский персонал [2,3]. Внедрение ОСП для школьников младших классов и для школьников 1-7 классов, способствовало снижению у детей интенсивности кариеса постоянных зубов и воспалительных процессов пародонта [4]. Однако для выбора модели региональной профилактической программ недостаточно данных о клинической эффективности, необходимо экономическое обоснование выгоды предлагаемых к внедрению вариантов профилактических мероприятий. Для оценки клинической эффективности профилактических программ проводят мониторинг их выполнения и используют данные эпидемиологических обследований населения, для оценки экономической эффективности используют различные методики и критерии: оценка соотношений стоимости и клинической эффективности, пользы и стоимости, математическое моделирование и др. [5,6].

Целью исследования было определение клинико-экономической эффективности стоматологических образовательных программ по критерию

«стоимость-эффективность» в зависимости от длительности проведения и персонала, участвующего в профилактических мероприятиях.

Материалы и методы. Для определения клинико-экономической эффективности был использован критерий соотношения стоимости и эффективности – Cost-Effectiveness Ratio (CER). Для определения стоимости ОСП, в расчете на 100 детей в год, были учтены материальные затраты на приобретение информационно-обучающих материалов (наглядные пособия, раздаточные материалы для детей), стоимость работы специалиста (педагог, или гигиенист стоматологический, или врач-стоматолог), упущенная выгода (для медицинских работников), коэффициент ежегодной инфляции 3,5%. Расчет критерия CER проводился по формуле:  $CER = A : B$ , где А – стоимость проведения профилактической программы, В – клиническая эффективность (редукция интенсивности кариеса).

Результаты. Стоимость ОСП для учеников первых классов, проводимой педагогами, составила 2938,7 руб., гигиенистами стоматологическими – 3016,9 руб., врачами-стоматологами – 5002,0 руб. Клиническая эффективность программ – 34% [7]. Показатель CER при выполнении программы педагогами составил 86,4, гигиенистами стоматологическими – 88,7, врачами-стоматологами – 147,1. После минимизации затрат путем исключения стоимости демонстрационных и раздаточных материалов (1995,5 руб.), стоимость ОСП снизилась и при выполнении педагогами составила 943,2 руб., гигиенистами стоматологическими – 1021,4 руб., врачами-стоматологами – 3006,5 руб. Показатели CER составили, соответственно, 27,7, 30,0 и 88,4.

Изучение отдаленных результатов внедрения ОСП для школьников начальных классов показало, что через 6 лет клиническая эффективность снижается, и интенсивность кариеса у участников программ становится примерно такой же, как у детей, не участвовавших в программе [8]. В то же время, проведение непрерывной ОСП для учеников 1-7 классов позволяло получить клинически значимые результаты в отдаленные сроки [9]. Так как

привлечь педагогов к выполнению непрерывной ОСП для школьников 1-7 классов затруднительно, была рассчитана стоимость программ, выполняемых гигиенистами стоматологическими и врачами-стоматологами: 23469,7 руб. и 38912,6 руб., а при минимизации затрат – 7945,9 руб. и 23388,8 руб. соответственно. Клиническая эффективность непрерывной ОСП – 30,8%. При выполнении программы гигиенистами стоматологическими показатель CER составит 762,0, врачами-стоматологами, – 1263,4, а при минимизации затрат – 257,9 и 759,4 соответственно.

Таким образом, показатели CER имели минимальные значения при выполнении ОСП для учеников первых классов педагогами и гигиенистами стоматологическими, однако, клиническая значимость программ в отдаленные сроки нивелировалась. При проведении непрерывной ОСП показатель CER был наименьшим при выполнении программы гигиенистами стоматологическими и при минимизации затрат.

**Заключение.** Образовательная стоматологическая программа для первоклассников имеет, по критерию CER, более высокую клинико-экономическую эффективность при выполнении педагогами и гигиенистами стоматологическими. Однако, в связи с краткосрочным клиническим эффектом этой программы, целесообразно применение непрерывной образовательной программы для учеников 1-7 классов, которая имеет позитивные клинические результаты в отдаленные сроки. Клинико-экономическая эффективность непрерывной ОСП, проводимой гигиенистами стоматологическими, выше, чем при проведении программы врачами-стоматологами. Предварительная оценка клинико-экономической эффективности ОСП, проводимая на этапе планирования, поможет принимать обоснованные управленческие решения при выборе модели региональной программы профилактики.

Список литературы.

1. Maslak, E. The patient and the dentist. Trust and consent to treatment / E Maslak [et al.] // Journal of International Pharmaceutical Research. – 2019. – Vol. 46. - №1. - P. 613-621.
2. Stein, C. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis / C. Stein, N.M.L. Santos, J.B. Hilgert, F.N. Hugo // Community Dent Oral Epidemiol. – 2018. – Vol. 46, №1. – P. 30-37.
3. Маслак, Е.Е., Онищенко Л.Ф., Куркина О.Н. Участие различных специалистов в реализации программы первичной профилактики стоматологических заболеваний у детского населения Волгоградской области // Стоматология. – 2017. – Т.96, № 6-2. – С. 54-55.
4. Маслак Е.Е. Результаты проведения образовательной стоматологической программы для школьников г. Волгограда / Е.Е. Маслак, Н.А. Лунева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. – № 3-4. – С. 42-44 .
5. Онищенко, Л.Ф. Результаты профилактики кариеса у детей Волгограда (1996-2015 гг.) / Л.Ф. Онищенко, Е.Е. Маслак // В сборнике: Актуальные проблемы стоматологии материалы IV Международного симпозиума. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 94-100.
6. Онищенко, Л.Ф. Клинико-экономическая оценка программ профилактики кариеса постоянных зубов у детей младшего школьного возраста / Л.Ф. Онищенко // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски в XXI веке: сб. материалов II Всерос. науч.-практ. конф. – Волгоград, 2018. – С. 60 – 63.
7. Luneva, N.A. The effect of different models of oral health education programs on adolescents / N.A. Luneva [et al.] // Int J Paediatr Dent. – 2011. – Т. 21, № S1. – С. 147.

8. Лунёва, Н.А. Отдаленные результаты проведения образовательной стоматологической программы для школьников младших классов / Н.А.Лунева, Е.Е. Маслак // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – № 4. – С.59-62.

9. Лунёва, Н.А. Социальный смысл и медицинский эффект стоматологических образовательных программ для школьников : автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.52, 14.00.21 / Лунёва Наталия Александровна. – Волгоград, 2009. – 46 с.

УДК 614.4

**ПРОБЛЕМА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА  
СРЕДИ СОТРУДНИКОВ НИУ «БЕЛГУ»  
В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2018-2019 Г.**

**Селина Дарья Борисовна, Сиволенко Екатерина Евгеньевна.**

Россия, Национальный исследовательский университет «Белгородский  
государственный университет».

Научный руководитель: канд.пед.наук Долинский Н.И.

Актуальной проблемой любого эпидсезона является заболеваемость гриппом, которая зависит от количества вакцинированного населения. Всемирная организация здравоохранения разработала Глобальную программу по гриппу, основной целью которой является выявление пробелов в знаниях об этой болезни и стимулирование научных исследований для заполнения этих пробелов [1]. Следовательно, информированность населения о необходимости, пользе и безопасности иммунопрофилактики гриппа является основной целью практического здравоохранения.

Эта проблема касается всех регионов, так как грипп является постоянно эволюционирующей инфекцией, поэтому деятельность по профилактике и готовность к реагированию требует постоянного систематического контроля.

С целью изучения информированности населения нами было проведено анонимное анкетирование 782 студентов и преподавателей НИУ «БелГУ» в

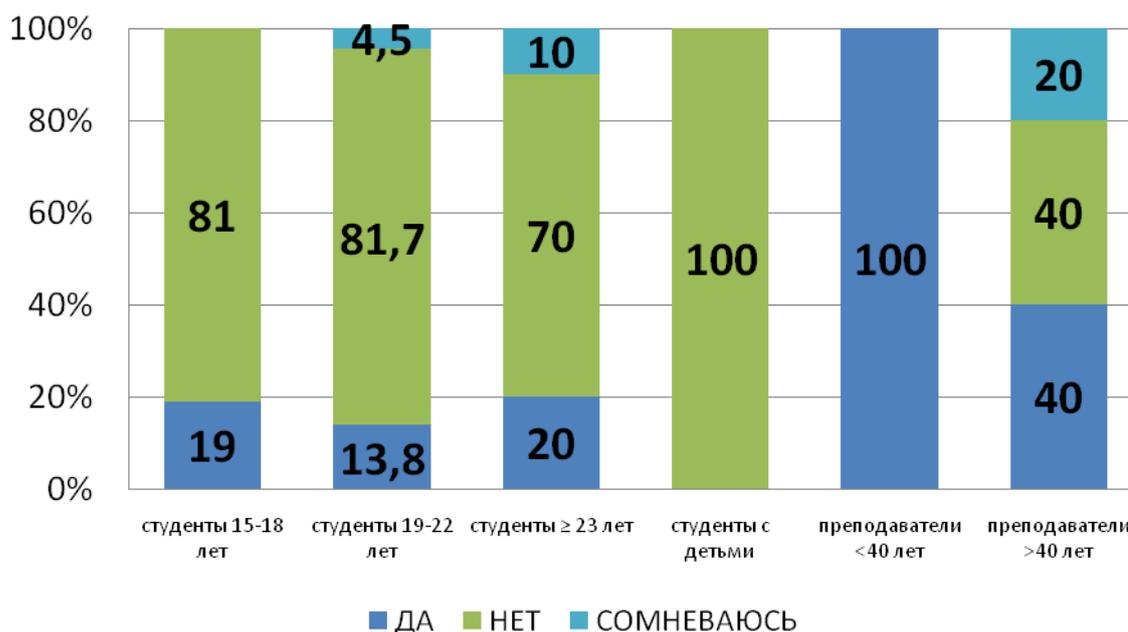
период с 10 октября по 11 ноября 2018 г. Анкета включала в себя 25 вопросов, одним из которых был «Сделали ли вы прививку от гриппа в этом году?».



**Рис. 1 – Диаграмма вакцинации против гриппа в эпидсезоне 2018-2019г.**

Утвердительно ответили от 16,9 до 24,2% респондентов всех профилей (медицинского и немедицинского). На гуманитарном направлении не вакцинировались против гриппа 74% опрошенных; на естественно-научном и техническом – 81,9 и 82,3% соответственно. Ожидалось, что процент утвердительно ответивших респондентов на медицинском профиле будет выше, чем на других направлениях.

Причинами отказа от вакцинации чаще всего явились: «не знал где прививаться», «не слышал, что в университете прививают», «болел», «никогда не болею гриппом и без прививки» и т.д.



**Рис. 2 – Диаграмма вакцинации медицинского профиля.**

Преподаватели медицинского профиля вакцинировались в большем процентном соотношении, чем студенты. Преподавателям в возрасте до 40 лет в 100% случаях была проведена вакцинация, а преподавателям старше 40 лет – лишь в 40%. В тоже время 20 % преподавателей старше 40 лет сомневаются, проводить ли им вакцинацию против гриппа, что не может не обращать на себя внимания, учитывая специфику направления. Ведь доверие квалифицированного персонала вакцинации - ключевой двигатель принятия её населением [2].

Охват вакцинопрофилактикой студентов медицинского направления различных возрастных групп (15-18 лет; 19-22 лет; старше 23 лет) находится на относительно одном уровне и составляет от 13,8 до 20%. При этом, сомневаются 4,5% студентов от 19 до 22 лет и 10% в возрасте 23 года и старше.

В отдельную группу для исследования попадают студенты, имеющие детей. Они в 100 % случаях не сделали прививку от гриппа в эпидсезоне 2018-2019 гг. Отношение этой категории к вакцинопрофилактике гриппа является несколько поверхностным, так как дети дошкольного и школьного возраста считаются группой повышенного риска.

В результате проведенного анкетирования можно сделать вывод, что студенты всех возрастных групп и преподаватели старше 40 лет не имеют полного представления об иммунопрофилактике гриппа. Поэтому особое внимание стоит уделить повышению приверженности населения к иммунопрофилактике. Это можно достичь санитарно-просветительской работой, которая будет осуществляться среди различных групп населения. Особое внимание стоит уделить вакцинации медицинских работников, так как они на своем примере могут продемонстрировать необходимость и безопасность иммунопрофилактики. Также необходимо довести достоверную информацию о вакцинации до студентов и преподавателей НИУ «БелГУ» и внедрить их в систему непрерывного профессионального образования.

Список литературы.

1. ВОЗ | Иммунизация. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.gov/influenza/about/ru/>
2. Мац А. Н., Чепрасова Е. В. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика науч. журн. – 2014. - №.5 (78) – с. 111–117.

УДК 614.39

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТАРШИМИ  
ШКОЛЬНИКАМИ СИБИРСКОГО РЕГИОНА  
(ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ).**

**Чусовлянова Светлана Викторовна**, социолог, бюро медико-социологических исследований, канд. соц. наук, доц.

Россия, Новосибирск, Государственное казенное учреждение здравоохранения  
Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики»

Здоровье – является достоянием не только каждого индивидуума, но и общества в целом. Актуальной задачей для сохранения здоровья должно стать не развитие медицины, а сознательная, целенаправленная работа самого

человека по развитию и сохранению жизненных ресурсов, по принятию на себя ответственности за собственное здоровье. Изменения в подростковом периоде влияют на целый ряд заболеваний и связанных со здоровьем видов поведения; они ответственны за происходящий в течение второго десятилетия эпидемиологический переход от инфекционных заболеваний к неинфекционным. В связи с этим проблема формирования здоровьесберегающего поведения молодежи, является особенно важной на сегодняшний день [1, 4].

Физический, умственный и социальный потенциал, накопленный в детстве, неизбежно способствует формированию навыков, моделей поведения и возможностей в отрочестве и юности, а затем и более плодотворной взрослой жизни. Кроме того, что надлежащие инвестиции и возможности могут закрепить успех, достигнутый на раннем этапе, они также могут дать шанс тем молодым людям, которые не развили свой потенциал здоровьесбережения в детстве. Необходимость работы именно с этой возрастной группой подчёркивает тот факт, что типы поведения в отношении здоровья и благополучия, как правило, возникают, формируются и укореняются именно во втором десятилетии жизни [2]: употребление табака и алкоголя, пищевое поведение и физическая активность, лишний вес и ожирение. Этот образ жизни оказывает серьёзное влияние на здоровье и развитие подростков сегодня, то есть – взрослых людей (родителей) завтра.

Всё вышесказанное подводит к заключению о том, что, в конечном итоге, предотвращение проблем со здоровьем в течение последующего взрослого периода сегодняшних подростков, служит основой для глобальной цели будущего – медико-санитарного и социального благополучия страны [1, 4, 5, 6, 7].

В целях систематического сбора информации об образе жизни и привычках подростков Новосибирской области и города Новосибирска организован мониторинг факторов риска развития хронических

неинфекционных заболеваний, оценки основных параметров здорового образа жизни, совершенствования реализации здоровьесберегающих программ среди учащихся старших классов образовательных организаций среднего образования.

Целью мониторинга является получение представления о здоровье подростков в их социальном контексте – дома, в школе, с семьёй и друзьями. Сбор данных производится согласно основным показателям Глобального плана действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 гг. [4], а также в соответствии с ориентирами Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг.) [2], в соответствии с Национальными проектами «Здравоохранение» и «Демография» (2019-2024 гг.).

Исследование позволяет собирать данные и анализировать тенденции в следующих эпидемиологических группах (из числа обозначенных ВОЗ: снижение потребления табака подростками, повышение уровня физической активности детей, борьба с ожирением (в том числе оценка вкусовых предпочтений и привычного режима питания). Кроме того, собирается некоторая информация: об отношении к вакцинации в семьях респондентов и среди самих опрашиваемых, о привычной атмосфере внутри семьи (традиции совместного досуга).

Мониторинг имеет возможность демонстрации ещё одного важного момента. Он заключается в том, что, не только показатели здоровья дифференцируются по возрасту, гендерному аспекту и социально-экономическому статусу, но также и окружающая социальная среда, в которой формируется юное поколение также несёт в себе потенциал для формирования той или иной модели взросления, а, следовательно, модели «завтра».

Но вместе с тем необходимо преодоление некоторых стереотипов и традиционных подходов, в частности то, что многие из видов поведения и состояния, которые наносят ущерб здоровью подростков и будут наносить ущерб их здоровью во взрослом состоянии, а также здоровью их детей, имеют

общие детерминанты и взаимосвязаны. Необходимо найти более эффективный путь и уделить более пристальное внимание действиям, направленным на детерминанты видов поведения, которым присущи множественные риски, в том числе более активная поддержка семей, поскольку семья первична в формировании здоровьесберегающего поведения детей. Кроме того, нужно избегать традиционных решений, так как сегодня существуют огромные возможности в деле улучшения здоровья, включая интерактивные технологии.

На сегодняшний день, возможности для систематического сбора данных, способных дать количественное определение детерминант поведения подростков в отношении собственного здоровья и связанных с этим проблем, всё ещё являются недостаточными [5], хотя и расширяются, с каждым годом находя всё больший отклик у стран-участников программ ВОЗ [4]. Новосибирская область, превышающая по численности населения и площади территорий ряд Европейских стран, нуждается в проведении самостоятельного исследования с шагом в 2-3 года. Такой подход позволит собрать максимально полное представление о самооценке состояния здоровья, привычном образе жизни подростков региона и продолжить совершенствование системы профилактики.

Список литературы.

1. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг.): Выживать. Процветать. Менять. // Инициатива Каждая женщина, каждый ребёнок / Всемирная организация здравоохранения, Венеция, 2015. – 106 с.
2. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии / Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2014. – 16 с.
3. Подростки: риски для здоровья и их пути решения / Информационный бюллетень ВОЗ № 345, май 2016. – 6 с.

4. Развитие кадров, компетентных в вопросах работы с подростками: Аналитическая записка / Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2015. – 8 с.

5. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»: международный отчет по результатам обследования 2009–2010 гг. // Серия «Политика охраны здоровья детей и подростков», выпуск № 6 / Под ред. Currie С и др. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 – 274 с. 12

6. Укрепление действий сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков / Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2010. – 16 с.

7. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуаций в странах / Всемирная организация здравоохранения, Париж, 2014. – 52 с.

УДК [614.2+613.6.01]:616.98-097-022

**РОЛЬ ЦЕЛЕВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ КАМПАНИЙ В  
ПОВЫШЕНИИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ  
(НА ПРИМЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД  
В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

В.В. Шкарин<sup>1</sup>, Н.В. Семенова<sup>1</sup>, О.А. Козырев<sup>2</sup>, О.С. Емельянова<sup>1</sup>, В.В. Ивашева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Волгоградский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Волгоградский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и  
инфекционными заболеваниями

ВИЧ-инфекция является социально значимым заболеванием, которое распространено по всему миру и продолжает оставаться одной из главных проблем здравоохранения. В эпидемический процесс вовлечены практически все социальные группы населения, в том числе благополучные: студенты, служащие, представители бизнеса, рабочие. Больные ВИЧ-инфекцией имеются

во всех возрастных группах, при этом наибольшая доля ВИЧ-инфицированных приходится на людей молодого и среднего возраста. Современная ситуация по ВИЧ-инфекции в России характеризуется увеличением масштабов эпидемии, ростом заболеваемости, выходом заболевания из уязвимых групп населения в общую популяцию. При этом уровень информированности населения остается недостаточным для реализации всех профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Проведение информационных кампаний, повышающих уровень знаний населения о заболевании, должно способствовать изменению стереотипов поведения, обеспечивая большую личную инфекционную безопасность.

Ключевые слова: ВИЧ, профилактика ВИЧ-инфекции, информационная кампания, информированность населения.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в мире достигла 0,5% от численности населения. ВИЧ/СПИД занимает шестое место среди ведущих причин смерти в мире, а в странах с низким уровнем дохода – третье место (после инфекций дыхательных путей и кишечных инфекций). Экономическое бремя ВИЧ-инфекции также возрастет, она становится одним из наиболее дорогостоящих хронических заболеваний [1]. По данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава РФ в 2018 году ВИЧ-инфекция стала причиной смерти около 20,6 тыс. россиян – это на 2,2% больше аналогичного показателя в 2017 году. При этом ВИЧ-инфекция занимает одно из первых мест в структуре смертности трудоспособного населения (если не учитывать смертность от внешних причин), обгоняя злокачественные новообразования.

В 2018 году ВИЧ-инфекция была выявлена у 101,3 тысяч россиян. В целом по стране зарегистрировано 1 007,4 тысяч пациентов, большинство из них (751,7 тысячи) находятся на диспансерном наблюдении (72,0%).

Пик смертности от ВИЧ-инфекции приходится на людей в возрасте от 25 до 34 лет (22,3 случая на 100 тысяч населения) и от 35 до 44 лет (47,9 на 100 тысяч), как среди мужчин (соответственно 26,4 и 69,1 на 100 тысяч мужчин), так и среди женщин (18,2 и 27,6 на 100 тысяч женщин). Значительную роль в росте числа смертей от ВИЧ играет туберкулез, так как умершие, имевшие в анамнезе это заболевание, регистрируются как умершие от ВИЧ. В 2018 году среди умерших по разным причинам пациентов с туберкулезом, состоявших на учете, ВИЧ-инфицированными оказались 39%.

Всего в мире живет с ВИЧ 37,9 млн. человек, из них, только в 2018 году впервые болезнь была выявлена у около 1,7 млн.

С 2005 года во всех субъектах России регистрируется ежегодный рост как количества новых выявленных случаев инфицирования ВИЧ, так и числа регионов с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией (более 0,5% от численности населения). В 2014 г. таких регионов было 22, в 2018 г. - уже 35, в них проживало более половины всего населения страны – 59,0%.

ВИЧ-инфекция в России вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции, затрагивая лиц средних и старших возрастных групп. В 2018 году 70% лиц, у которых ВИЧ-инфекция была впервые выявлена, были в возрасте от 30 до 50 лет. При этом более половины больных (57,5%), впервые выявленных в 2018 году, заразились при гетеросексуальных контактах.

На 1 января 2019 года кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации составило 1 326 239 человек (по данным Федерального бюджетного учреждения науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека).

Для сдерживания темпов роста заболеваемости ВИЧ необходим комплекс мероприятий, сочетающих популяционный и индивидуальный уровни профилактики заражения ВИЧ: консультирование, тестирование на ВИЧ, работа как с организованными, так и с особо уязвимыми и малодоступными группами населения (потребители психоактивных веществ, мужчины имеющие секс с мужчинами, коммерческие секс-работники, их половые партнеры) [2]. Все это требует высокого уровня информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции, которого можно добиться при проведении масштабных кампаний, включающих в себя социальную рекламу. Комплекс действий, направленный на повышение уровня знаний о заболевании, приводит к изменению стереотипов поведения, обеспечивая большую личную инфекционную безопасность [3].

Цель работы. Оценка эффективности мероприятий кампании по повышению информированности населения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД, проводимой в течение 2015-2018 гг. в Волгоградской области.

Материалы и методы исследования. Разработана оригинальная анкета, состоящая из 26 закрытых вопросов, среди которых преобладали субъективные и прямые, выявляющие социально-психологическую установку респондента и его отношение к предмету опроса. Ряд вопросов давал возможность выбрать несколько вариантов ответа и при анализе сделать рейтинговое заключение. Анкетирование проводилось на бумажном носителе, а также было доступно в социальных сетях «Вконтакте», «Одноклассники» и «Facebook», где был размещен баннер с прямой ссылкой на анкету.

Анкета состояла из трех разделов. Первый раздел включал 14 общих вопросов о ВИЧ-инфекции, что позволяло оценить общий уровень информированности населения по этой проблеме. Второй раздел содержал 6

вопросов, направленных на оценку риска инфицирования ВИЧ, и 6 вопросов последнего раздела позволяли оценить социальный статус респондента. В анкетировании до начала информационной кампании приняли участие 1310 респондентов.

Эта же анкета использовалась впоследствии при ежегодной оценке эффективности проводимых информационных кампаний.

Результаты исследования и обсуждение. Социальная реклама, как социальная технология, играет важную роль в формировании социальных, психологических и поведенческих стереотипов как общества в целом, так и отдельных социальных групп, индивидов [4]. Эффективность социальной рекламы зависит от правильной постановки задачи. Часто повторяющиеся темы выпадают из внимания, и перестают работать. С другой стороны, специфика социальной рекламы требует ежегодного повторения, особенно для привлечения внимания населения к общим социальным проблемам (загрязнение окружающей среды, борьба с наркотиками, профилактика ВИЧ-инфекции и т.д.). Поэтому необходимо искать новые способы привлечения внимания людей, чтобы они могли по-другому взглянуть на существующие проблемы [5]. Для продвижения социально значимых идей, таких как здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, национальные проекты и другие, необходимо использовать всю структуру медиaprостранства, уделяя внимание планированию уровней воздействия на аудиторию, контролируя эффективность и качество по определённым медиаиндикаторам и при помощи социологических опросов [3]. В экспериментах доказано, что массированная реклама (не продолжительная по времени, но большая по количеству показов) дает больший эффект, так как в результате забывания увиденной или услышанной информации более высокое знание дает именно массированная реклама, чем постоянное фоновое информирование [3].

Информационные кампании, включающие в себя социальную рекламу, это комплексная система мер воздействия на определенные группы населения, проводимых с помощью различных средств и каналов массового и индивидуального информирования и обучения в целях побуждения принятия новых, полезных для них самих и для общества моделей поведения в определенной сфере жизни в фиксированный ограниченный момент времени [6].

Начиная с 2015 года на территории Волгоградской области стали проводиться ежегодные масштабные информационные кампании по профилактике ВИЧ-инфекции с использованием широкого комплекса мероприятий и всех средств массовой информации (табл. 1).

Таблица 1

Мероприятия информационной кампании на территории Волгоградской области в период с 2015 по 2018 год

<b>Мероприятия информационной кампании</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Съемка и монтаж видеороликов	+	+	+	+
Трансляция видеороликов на федеральных и местных телеканалах	+	+	+	+
Размещение видеороликов на сайтах всех государственных учреждений здравоохранения Волгоградской области и на сайтах образовательных учреждений области	+	+	+	+
Трансляция видеороликов в сетях минимаркетов, универсамов, торгово-развлекательных комплексов Волгоградской области	+	+	+	+
Трансляция видеороликов на светодиодных экранах, расположенных на основных магистралях г. Волгограда	-	-	-	+

IV Всероссийская научно-практическая конференция  
«Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века».  
14-15 ноября 2019г., Волгоград

Участие специалистов здравоохранения и представителей общественных организаций, занимающихся проблемами ВИЧ/СПИД в тематических теле- и радиопередачах	+	+	+	+
Изготовление и размещение информационных баннеров, тематических статей на сайтах региональных новостных интернет порталов	+	+	+	+
Изготовление и размещение информационных баннеров в периодических печатных изданиях	+	+	+	+
Разработка и монтаж аудиороликов	+	+	+	+
Трансляция аудиороликов по профилактики ВИЧ-инфекции на радиостанциях информационного, музыкально-развлекательного направления	+	+	+	+
Разработка и размещение социальной рекламы на электротранспорте г. Волгоград (региональный центр), а также внутри единиц подвижного состава	+	+	+	-
Размещение социальной рекламы на кузовах медицинского санитарного транспорта Волгоградской области	-	-	-	+
Разработка и размещение социальной рекламы в кабинках лифтов многоквартирных домов г. Волгоград и г.Волжский	+	+	+	+
Ведение корпоративных сообществ по профилактике ВИЧ-инфекции в социальных сетях (Вконтакте, Одноклассники, Facebook)	+	+	+	+
Приобретение и распространение печатной продукции по различным вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в государственных медицинских учреждениях области	+	+	+	+

Проведение совместных мероприятий с Управлением ФСКН и ФСИН России по Волгоградской области, интернет уроки, обучающие семинары	+	+	+	+
Анкетирование и обучение работников крупных трудовых коллективов г. Волгограда	-	+	+	+
Изготовление и размещение информационных материалов на 10 рекламных щитах (билборды) на трассах и улицах городов и районов области.	-	-	+	+
Информирование о работе телефона "горячей линии" по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД	+	+	+	+
Мероприятия в рамках Всероссийской акции "Стоп ВИЧ/СПИД"	-	+	+	+
Мероприятия в рамках Всероссийской акции "Тест на ВИЧ: экспедиция"	-	-	-	+

«+» - мероприятие было реализовано

«-» - мероприятие не было реализовано

Социальная реклама, используемая в ходе информационной кампании, проходила с указанием телефонного номера «горячей линии» по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД. «Горячая линия», организованная на базе Волгоградского областного Центра СПИД, функционировала в течение долгого времени, однако без должной «рекламы» её влияние на повышение информированности населения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД оставалось крайне низким.

До начала информационной кампании на телефон «горячей линии» Волгоградского областного Центра СПИД поступало не более 500 звонков ежегодно. После информационной кампании в 2015 году поступило 1209 звонков, что в 2,4 раза больше, чем в 2014 году; в 2016 году – 2590; в 2017 году – 3551; в 2018 году – 3987.

Кроме того, в рамках информационной кампании, при поддержке федерального партийного проекта «Здоровое будущее» ВПП «Единая Россия» ежегодно проводились профилактические мероприятия среди профсоюзных организаций Волгоградской области и на крупных предприятиях г. Волгограда, осуществлялась совместная работа с общественными некоммерческими организациями, занимающимися проблемами ВИЧ/СПИД. На территориях торгово-развлекательных комплексов г. Волгограда и г. Волжский во время Всероссийских акций «Стоп ВИЧ/СПИД» работали тематические медицинские кабинеты, в которых проводились консультации по профилактике ВИЧ-инфекции и осуществлялось экспресс-тестирование.

Сотрудники Волгоградского Центра СПИД проводили занятия в учреждениях здравоохранения, на факультете усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, в образовательных организациях высшего образования Волгоградской области и профессиональных образовательных организациях.

В 2017 году на базе Волгоградского государственного университета при участии комитета здравоохранения Волгоградской области, комитета молодежной политики Волгоградской области, социально ориентированных некоммерческих организаций прошла II Всероссийская конференция по профилактике ВИЧ в среде студенческой и работающей молодежи, в которой приняли участие представители из двенадцати регионов страны.

В 2018 году жители Волгоградской области впервые приняли участие во Всероссийской акции «Тест на ВИЧ: экспедиция», организованной Министерством здравоохранения Российской Федерации. В период проведения акции жители г. Волгограда, городского округа – г. Волжский, г. Камышин и г. Калач-на-Дону прошли бесплатное и анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ, получили консультации по вопросам ВИЧ-инфекции и информационные материалы. Мобильные пункты тестирования размещались у торговых центров, домов культуры и центральных парков.

При проведении информационных кампаний осуществлялось первичное предварительное исследование, где с помощью прямого опроса или интервьюирования собиралась первичная информация от лиц, которых затрагивает или потенциально может затронуть данная проблема.

Для оценки уровня знаний и общей информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции, а также для оценки уровня социально-рискованного поведения проводилось анкетирование в бумажном и электронном виде. Для увеличения числа респондентов, в информационно-новостных группах «Волгоград без СПИДа», в социальных сетях «Вконтакте», «Одноклассники» и «Facebook» был размещен баннер с прямой ссылкой на анкету. В результате исследования до 75,6% анкет были заполнены пользователями социальных сетей, что позволило более полно провести анализ требуемых параметров, так как основной целевой группой социальных сетей является молодежь.

Перед началом информационной кампании в анкетировании приняли участие 1310 респондентов (табл. 2).

Таблица 2

Распределение лиц, прошедших анкетирование до начала информационной кампании по полу и возрасту

Возраст	Число опрошенных респондентов		Всего	
	мужчин	женщин	Абс. число	Удельный вес (%)
15-18	213	236	449	34,3%
19-24	327	287	614	46,9%
25-29	36	58	94	7,2%
30-39	32	72	104	7,9%
40-49	7	28	35	2,7%
старше 50	9	5	14	1,1%
Всего:	624	686	1310	100,0%

Абсолютное большинство (81,2%) респондентов - это молодые люди в возрасте 15-24 лет, среди которых половина (50,7%) мужчины, большинство (75%) учились, почти две трети (71,2%) являлись жителями города Волгоград.

При анализе анкет установлено, что только 52,6% респондентов имели достаточный уровень информированности по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД:

- Каждый пятый опрошенный (20,8%) считал, что проблемы ВИЧ/СПИД не существует;
- Каждый третий (28,9%) не знал достоверно о путях передачи ВИЧ;
- 39,6% респондентов не считал обследование на ВИЧ-инфекцию важным;
- Почти половина (49,9%) не знала о возможности бесплатного анонимного обследования на ВИЧ-инфекцию в медицинских учреждениях области;
- Каждый четвертый (24,1%) не считал презерватив средством защиты от заболеваний, передающихся половым путем;
- 40,6% - не знали разницы между ВИЧ-инфекцией и СПИД;

Анализ ответов, направленных на выявление риска инфицирования ВИЧ, показал, что 86,9% респондентов имели низкий риск. Однако, среди опрошенных, каждый десятый (11,1%) указал, что имеет опыт употребления наркотических препаратов, а 56,6% респондентов за последние 12 месяцев имели незащищенный половой контакт. При этом из всех опрошенных только 18,4% сдавали тест на ВИЧ.

Весь комплекс проведенных мероприятий в рамках адресной информационной кампании принес свои результаты. Доля населения, получивших знания о проблемах и принципах общественной и индивидуальной профилактики по вопросам ВИЧ/СПИД увеличилась в 1,7 раза.

Динамика роста показателя информированности населения Волгоградской области по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД представлена в таблице 3.

Таблица 3

Динамика информированности населения Волгоградской области по вопросам ВИЧ-инфекции за период 2015 – 2018 г.г.

Год	Общая информированность (%)
2015	52,6
2016	73,0
2017	84,0
2018	87,0

Таким образом, мероприятия тематической информационной кампании, проводимой в течение 2015-2018 г.г. в Волгоградской области, явились эффективной мерой по повышению информированности населения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД.

Заключение. Комплексные, адресные тематические информационные кампании, направленные на повышение санитарной грамотности населения, являются эффективным инструментом воздействия.

Повышение эффективности указанных информационных кампаний достигается:

- определением и выбором целевой группы (аудитории) с последующим воздействием именно на эту целевую группу;
- использованием широкого спектра мероприятий и каналов воздействия;
- использованием преимущественно тех информационных каналов, и форм подачи материала, которые в наибольшей степени могут восприниматься целевой аудиторией;
- определенной длительностью и регулярной повторяемостью подачи

информационных материалов в сочетании с разнообразностью их форм;

- постоянным мониторингом результатов.

Опрос (анкетирование) населения, вовлеченного в информационную кампанию, является одним из важнейших способов определения эффективности ее результатов.

Информационная кампания по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД, проводимая с 2015 по 2018 гг. на территории Волгоградской области, явилась эффективной мерой, позволившей существенно повысить уровень информированности населения, что в свою очередь даст возможность реализовать в большем объеме профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Список литературы.

1. Прохорова О.Г. Совершенствование организации профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи, женщин и детей в субъекте Федерации: автореферат дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / Прохорова О.Г. – Екатеринбург, 2015. – 26 с.

2. Суладзе А.Г. Деятельность Южного окружного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом по реализации мер по противодействию ВИЧ на Юге России в 2015 году / Суладзе А.Г., Твердохлебова Т.И., Матузкова А.Н., Моргачева Я.В., Яговкин Э.А. // Главный врач. Инфекционные болезни. – 2016. -№2(49). -С.27-29.

3. Дмитриев А.П. Оптимизация инструментария для проведения исследования уровня информированности населения различных возрастных групп г. Пензы и Пензенской области по вопросам ВИЧ-инфекции / Дмитриев А.П., Зубриянова Н.С., Головяшкина Н.П., Мошенская О.А., Ондрикова Е.А. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2017. – № 4 (44). – С.119–128.

4. Ковалева А.В. Социальная реклама: понятие и основные подходы к определению // Муниципальный мир. – 2005. – №2.- С.74.

5. Ковалева А.В. Эффективность социальной рекламы: опыт измерения // Социология. – 2012. – С.74 -77.

6. Аврукина О.М. Информационные кампании по ВИЧ/СПИДу (пособие для организатора) / Аврукина О.М., Алексеева Е.Г., Белоглазов А.В. и др. – Новосибирск.: НОО "Гуманитарный проект", 2006. – 236 с.

7. Суладзе А.Г. Деятельность Южного окружного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом по реализации мер по противодействию ВИЧ на Юге России в 2015 году / Суладзе А.Г., Твердохлебова Т.И., Матузкова А.Н., Моргачева Я.В., Яговкин Э.А. // Главный врач. Инфекционные болезни. – 2016. -№2(49). -С.27-29.

УДК 614.251.2

### **НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ**

**Эртель Людмила Александровна**, д-р мед. наук., проф.  
Россия, Краснодар, Кубанский государственный университет,  
кафедры криминалистики и правовой информатики.

С 2018 года Росздравнадзор при контроле качества и безопасности медицинской деятельности применяет риск-ориентированный подход. В связи с этим помимо плановых проверок, проводятся еще и выборочные. Частота таких аудитов зависит от категории риска клиники, которую ей присвоили. Министерство здравоохранения РФ подготовило поправки в положение о госконтроле качества и безопасности медицинской деятельности. Предполагается расширить список медицинских организаций, которым повысят категорию риска. В список вошли медицинские организации онкологического профиля; организации, оказывающие услуги пластической хирургии, детской и взрослой хирургии, травматологии и ортопедия и не имеющие лицензии на медицинскую деятельность по профилю «анестезиология и реаниматология»; организации, которые проводят медико-социальную экспертизу и клиники,

которые участвуют во Всероссийской диспансеризации. Все перечисленные организации предполагается отнести к категории значительного риска. В связи с этим появится необходимость использовать инструменты менеджмента для организации эффективного управления рисками в медицинской организации.

Ситуация по усилению контроля за безопасностью и качеством медицинской помощи значительно претерпела изменения после издания ведомственных приказов. Приказом Минздрава России от 23.01.2015 N 12н утвержден Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности [1]. Приказом Минздрава России от 10.05.2017 №203н [2] критерии для оценки качества сформированы по нозологическому принципу для отдельно взятых патологий или сравнительно однородных их групп. Однако существуют проблемы с применением критериев. Приказом Минздрава России от 16.05.2017 №226н [3] утвержден Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи. Однако существует неопределенность по субъектам, которые проводят данный вид экспертизы.

Еще большая неопределенность с оценкой безопасности медицинской услуги. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ [4] не содержит понятия безопасности медицинской помощи. В ст. 10 перечислены лишь компоненты доступности и качества медицинской помощи. В Законе РФ от 07.02.1992 №2300-1 [5] «О защите прав потребителей» дается общее определение безопасности товара (работы, услуги), которое применительно к безопасности медицинской услуги выглядит следующим образом: безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества застрахованного (пациента) при обычных условиях ее оказания с учетом обоснованного риска, а также безопасность процесса оказания услуги. Однако, на деле такое определение неприемлемо, поскольку услуга по оказанию медицинской помощи специфична по сравнению с иными видами услуг. В общем виде безопасность медицинской услуги – это состояние

защищенности жизненно важных интересов личности от внутренних и внешних угроз в процессе ее оказания [6]. Применительно к медицинской помощи безопасность – это отсутствие угроз и опасностей для здоровья пациента при ее оказании, а также возможность предотвращения воздействия на пациента опасных факторов и возникновения вреда. Объектом безопасности при оказании медицинских услуг является здоровье как благо, принадлежащее правообладателю – пациенту, и право на это благо.

Право на безопасную медицинскую услугу включает в себя несколько параметров:

- получение медицинской помощи квалифицированным специалистом;
- получение подробной информации о медицинской услуге путём информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
- получение медицинских услуг в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение медицинских услуг в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи (правовая регламентация в здравоохранении).

Главной целью обеспечения безопасности пациентов в лечебно-профилактическом учреждении является предупреждение и снижение числа негативных последствий лечебно-диагностического процесса. Оказание медицинской помощи неизбежно сопряжено с риском - профессиональным медицинским риском - на всех этапах ее оказания. Группа профессиональных (медицинских) рисков включает: диагностические, лечебные, медикаментозные (фармакотерапевтические), профилактические, инфекционные, психогенные (психоэмоциональные) и другие.

Понятие безопасности также неразрывно связано с понятием качества медицинской помощи, а именно, медицинская услуга может считаться качественной, если соблюдены следующие основные принципы ее оказания:

безопасность, адекватность, научно-технический и профессиональный уровень (достижения современной медицины), экономичность и эффективность. Медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) - медицинская помощь, оказываемая медицинским работником, исключая негативные последствия, затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса. Отсюда следует, что безопасность является основополагающим принципом оказания медицинской помощи, и одновременно одним из приоритетных критериев оценки ее качества.

Медицинские организации обычно производят услуги того качества, которое они могут обеспечить с учетом состояния материально-технической базы, оснащения оборудованием, наличия квалифицированных специалистов и т.п. В то же время пациент, обращаясь в медицинское учреждение, имеет право получить безопасную медицинскую помощь высокого качества. Многие годы в научных кругах обсуждается вопрос о формировании объективного рейтинга медицинских организаций и врачей на уровне поселения или субъекта РФ.

Список литературы.

1. Приказ Минздрава России от 23.01.2015 N 12н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок применения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» /СПСКонсультантПлюс.

2. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»/СПСКонсультантПлюс.

3. Приказ Минздрава России от 16.05.2017 N 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании»/СПСКонсультантПлюс.

4. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 07.03.2018 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» /СПСКонсультантПлюс.

5. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 18.03.2019) О защите прав потребителей/СПСКонсультантПлюс.

6. Тихомиров А. В. Теории медицинской услуги и медицинского деликта: учебно-научное пособие. М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012.

УДК 314.5

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Турбина Юлия Олеговна, асс.,**

**Полунина Наталья Валентиновна, д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН,**

**Полунин Валерий Сократович, д-р мед. наук, проф**

Россия, Российский национальный исследовательский медицинский

университет им. Н.И Пирогова,

кафедра общественного здоровья и здравоохранения,

экономики здравоохранения

Репродуктивное и брачное поведение населения России являются важной социально-демографической проблемой, анализ создавшейся ситуации в России за период 2012-2017 гг. позволил выявить тенденции репродуктивного поведения населения [1]. При рассмотрении здоровья женщин особое место занимают выраженность гинекологической заболеваемости, частота бесплодия, характер планирования семьи, рождение ребенка и его воспитание, прерывание беременности, которые оказывают влияние на социальное положение женщины и ее здоровье [2]. Прерывание беременности является фактором, отрицательно

влияющим на показатели рождаемости, но за последние 17 лет с 2000 по 2017 гг. снизилось количество искусственных прерываний беременности с 168,7 до 46,4 на 100 родов, показатель заболеваемости, связанной с беременностью, родами и послеродовым периодом в этот же промежуток времени имел тенденцию к росту с 52,9‰ до 67,2‰, показатель рождаемости в указанный период возрос с 8,7‰ до 11,5‰. Число браков и разводов на 1000 населения в 2017 году составил соответственно 7,1 - 4,2, (59,1% браков распадается), что наносит психологическую травму женщине и сказывается на возможном рождении детей, а также наблюдается сокращение в 1,5 раза (с 2000 по 2017 гг.) числа заключенных браков женщиной в наиболее оптимальном для рождения ребенка возрасте 18-24 года и увеличение в 2,1 раза числа браков в возрасте женщины 25-34 года, в 1,7% - в возрасте 35 и более лет, что отрицательно сказывается на здоровье женщины при рождении ребенка и на здоровье такого ребенка, о чем свидетельствует рост заболеваемости детей с 659,5‰ до 1044,4‰ (с 2000 по 2017 гг.), связанной врожденными аномалиями, деформациями и хромосомными нарушениями [3].

Целью нашего исследования явилось изучение медико-социальных аспектов здоровья женщин в возрасте 18-45 лет, перенесших прерывание беременности. Для проведения исследования были разработаны выборочные карты по изучению гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости, а также анкета по изучению социально-гигиенической характеристики женщин фертильного возраста (41 вопрос) и анкета по изучению их репродуктивного поведения и медицинской активности (43 вопроса). При проведении исследования были изучены 1242 выборочных карт для анализа заболеваемости женщин, 802 анкеты по изучению социально-гигиенической характеристики и 599 анкет по изучению репродуктивного поведения и медицинской активности женщин фертильного возраста. Более половины наблюдаемых женщин (65%) были работающими, каждая пятая – домохозяйки, каждая десятая – студентки, более 80% женщин имели высшее образование. У 23% женщин была отмечена

в семье напряженная психологическая обстановка. В браке состояли две трети женщин, 70% имели детей (большинство одного ребенка), из них более 80% планировали рождение детей и регулярно наблюдались врачом акушер-гинекологом. Каждая пятая наблюдаемая женщина имела гинекологическое заболевание, нарушение менструального цикла было у половины женщин, у каждой десятой был диагноз бесплодие. Уровень сопутствующей заболеваемости составил 580‰, у 15% женщин были хронические заболевания. Наблюдаемые женщины по уровню здоровья были распределены на три оценочные группы: 35% женщин первой группы (хорошее здоровье), 37% – вторая группа (удовлетворительное здоровье), 28% третья группа (плохое здоровье). Женщин, которые были отнесены к третьей группе проявляли минимальную медицинскую активность. Три четверти женщин применяли контрацептивы, из них только 25,4% при этом руководствовались рекомендациями врача, остальные использовали контрацептивы по совету знакомых или полового партнера. Каждая третья женщина имела в анамнезе аборт и из них у каждой седьмой женщины были осложнения при последующей беременности. Более 80% женщин осуществили прерывание беременности по собственному желанию, остальным операция прерывания беременности была проведена по медицинским показаниям, из них половина женщин проводили прерывание беременности в условиях частной медицинской организации. Среди наблюдаемых женщин были проведены профилактические беседы по формированию у них здорового образа жизни, правильной организации предупреждения нежелательной беременности и реализации детородной функции в оптимальном возрасте, о целесообразности регулярного наблюдения в женской консультации.

#### Список литературы.

1. Калачикова О.Н., Груздева М.А. Изменения репродуктивного и брачного поведения населения России (на основе анализа выборочных исследований Росстата) // Социальное пространство. – 2018. - №2(14). – С. 1-12.

2. Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы). Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 8, С. 727-731.

3. Российский статистический ежегодник. 2018. Статистический сборник. М., Росстат, 2018, 694 с.

УДК 330.15

### **ВЛИЯНИЕ ЭКОСИСТЕМНЫХ УСЛУГ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ**

**Василенко Наталья Валерьевна**, д-р экон. наук., доц.  
Россия, Санкт-Петербургский горный университет,  
кафедра экономики, учета и финансов.

В числе факторов, оказывающих влияние на общественное здоровье в России, первое место занимает образ жизни, обусловленный социально-экономическими условиями (50–55%), а второе – состояние окружающей среды (20–25%) [1]. Исследования, проведенные Н.Е. Русановой, подтверждают выявленную Н.М. Римашевской в начале 2000-х гг. тенденцию снижения потенциала здоровья российского населения [2], а также усиление региональной дифференциации средней продолжительности жизни и некоторых других показателей, характеризующих здоровье на макро и микроуровнях. В ряде работ, например [3], убедительно продемонстрирована корреляционная связь между ожидаемой продолжительностью жизни как интегральным показателем общественного здоровья и социально-экономическими, а также природными факторами в российских регионах.

Ухудшение экологической обстановки и необходимость усиления внимания к природоохранной деятельности в рыночных условиях требует рациональных оснований для повышения затрат экологического характера. Это актуализирует понятие экосистемным услуг, первоначально использованного

для привлечения внимания общественности к проблеме сохранения биоразнообразия в экосистемах [4]. Под экосистемными услугами понимают различные функции природных комплексов, создающие полезные эффекты для удовлетворения потребностей человека [5]. Понятие «экосистемные услуги» позволяет снять противоречие между целями экономических и природных систем, учесть, что человек, осуществляющий свою жизнедеятельность в определенной среде обитания, подвергается воздействию экологических факторов. В то же время отмечается парадигмальный сдвиг в сторону социальной ответственности индивида за состояние собственного здоровья [6], находящего отражение в частности в распространении здорового образа жизни [7] и экологического (социально ответственного, «зеленого») потребления [8].

Несмотря на трудности оценки и неотработанность состава экосистемных услуг, включение природных комплексов в рыночный оборот и экономический учет соответствующих издержек и выгод может создать предпосылки для улучшения здоровья населения.

Можно выделить несколько направлений влияния экосистемных услуг на социально-экономические условия жизнедеятельности современного человека, связывая эти направления с применяемой в международной методике типологизацией экосистемных услуг. Первое направление связано с так называемыми регулируемыми услугами экосистем, реализующимися через влияние на климат, гидрологические и биохимические циклы, биологические процессы и т.д. Это услуги инфраструктурного характера. Увеличение их положительных эффектов определяет целесообразность инвестиций в территории, испытывающие наиболее сильную антропогенную нагрузку. Прежде всего это имеет отношение к крупным городам, где изменения природной среды наиболее выражены в повышенной по сравнению с близлежащими территориями температуре, задымленности воздуха, увеличении радиационного фона и т.д. [9].

Второе направления влияния экосистемных услуг на общественное здоровье обусловлено их заготовительно-снабженческим типом, ведущая функция которых состоит в генерировании природными комплексами различных ресурсов, переработка которых приводит к созданию продуктов, непосредственно удовлетворяющих потребности человека. Примерами могут служить лесные, земельные, рыбные ресурсы и т.д. Этом случае речь идет о хозяйственной деятельности, включающей природоохранные мероприятия, снижающие техногенную нагрузку на природные комплексы и соответственно улучшающие качество продукции за счет сохранения ее натуральных свойств.

Второе направления влияния экосистемных услуг на общественное здоровье определяется их социально-культурным типом. Состав услуг этого типа в настоящее время расширяется, что связано с появлением все новых способов получения человеком нематериальных выгод в процессе отдыха и духовного развития. Примером может служить экологический туризм, представляющий собой путешествия с целью получения представления о природных и культурно-этнографических особенностях данной местности. Экологический туризм предполагает ответственное отношение к окружающей среде, в том числе, к особо охраняемым природным территориям, например, заповедникам, национальным паркам, а также «мягкое» воздействие, не нарушающее их целостности [10]. Экологический туризм может выполнять также лечебные и образовательные функции, охватывая взаимодействия туристов с местными жителями, представляющими собой принимающую сторону.

Таким образом, внедрение концепции экосистемных услуг в практику хозяйствования позволяет не только решать задачи финансирования рационального природопользования и получить значимый социальный эффект в форме сохранения и улучшения общественного здоровья.

Список литературы.

1. Русанова Н.Е. Здоровье населения: от индивидуальной ценности до базового фактора общественного развития // Народонаселение. — 2018. — Т. 21. — № 1. — С. 109-121.
2. Римашевская Н.М. Социальная политика сбережения народа // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. — 2010. — № 5 (110). — С. 75-82.
3. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Тарасова Е.В. Условия жизни населения и общественное здоровье // Проблемы прогнозирования. — 2003. — № 5. — С. 127-140.
4. Ермакович Ю.М. Проблемы вовлечения общественности в деятельность по сохранению биологического разнообразия // Биосфера. — 2017. — Т. 9. — № 4. — С. 286-299.
5. Costanza R., Daly H.E. Natural Capital and Sustainable Development // Conservation Biology. — 1992. — № 6. — pp. 37-46.
6. Изуткин Д.А. Основные парадигмы в истории общественного здоровья // Медицинский альманах. — 2008. — № 2 (3). — С. 35-37.
7. Петрова Т.Ю. Понятия "здоровый стиль жизни" и "здоровый образ жизни": общее и особенное // Осовские педагогические чтения "Образование в современном мире: новое время - новые решения". — 2014. — № 1. — С. 573-576.
8. Хмелькова Н.В., Перевозчиков К.И. Социально ответственное потребление: опыт маркетингового исследования // Вестник Гуманитарного университета. — 2015. — № 2 (9). — С. 32-37.
9. Починова Т.В. Основы экологии человека. взаимосвязь экологии человека и здоровья // Научный вестник Технологического института - филиала ФГБОУ ВПО Ульяновская ГСХА им. П.А. Столыпина. — 2015. — № 14. — С. 162-166.

10. Дайнеко Д.В. Современный подход к экологическому туризму в регионах России // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И Вернадского. География. Геология. — 2017. — Т. 3 (69). — № 1. — С. 57-68.

УДК 338.22

## **ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

**Винник Алина Евгеньевна**, ст.преп.  
Россия, Белгородский государственный  
национальный исследовательский университет,  
кафедра менеджмента и маркетинга

Важной составной частью экономики развитых стран, влияющей на формирование параметров качества жизни населения, является социальная сфера, объединяющая такие отрасли как здравоохранение, образование, культура, социальное обслуживание и обеспечение, спорт и физическая культура, жилищно-коммунальное хозяйство, социальное страхование и пенсионное обеспечение.

В зависимости от характера удовлетворяемых потребностей, отрасли социальной сферы можно разделить на несколько основных групп:

-направленные на удовлетворение социокультурных и духовных потребностей граждан, поддержание их жизнедеятельности (здравоохранение, образование, культура, искусство, физическая культура и спорт);

-обеспечивающие завершение процесса создания материальных благ и их доведение до потребителя (жилищно-коммунальное и бытовое обслуживание).

Развитие социальной сферы отличается высокой долей участия государства, в первую очередь за счет финансирования входящих в нее отраслей. Среди стран с наиболее высокой долей расходов на социальную сферу лидером является Франция (32% ВВП), а также Финляндия, Бельгия, Дания и Италия. В среднем в развитие организаций социальной сферы страны

ОЭСР инвестируют около 20,5% ВВП. Доля подобных расходов в России не превышает 7% ВВП [2].

В бюджете Российской Федерации на 2019 год расходы на социальную сферу составили более 37% от общего бюджета страны [1] (таблица 1).

**Таблица 1 - Структура расходов федерального бюджета по статьям за период с 2015-2019 гг. (в % к итогу)**

	2015	2016	2017	2018	2019
Всего:	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
В том числе:					
Социальная политика	25,4	27,6	26,8	30,9	27,4
Национальная экономика	17,6	13,7	13,5	14,0	15
Национальная безопасность и правоохранительная деятельность	13,9	13,2	11,7	11,7	12,6
Национальная оборона	19,4	20	19,8	17	16,3
Общегосударственные вопросы	7,2	7,1	7,4	7,6	7,9
Трансферты регионам и муниципалитетам	4,4	4,1	4,2	4,7	4,2
Образование	3,9	3,8	3,9	3,8	4,6
Здравоохранение	2,7	2,6	2,4	2,5	3,7
ЖКХ	0,8	0,5	0,2	0,6	1,0
Физическая культура и спорт	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3
Культура	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7
СМИ	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
Охрана окружающей среды	0,4	0,4	0,3	0,5	1,1
Обслуживание госдолга	2,9	3,3	3,5	5,3	4,8

Приоритет в структуре расходов федерального бюджета в 2019 году отдан здравоохранению, образованию, охране окружающей среды, жилищно-коммунальному хозяйству и национальной экономике, что очевидно и при анализе расходов на реализацию национальных проектов.

В качестве объекта исследования были выбраны организации социальной сферы в области высшего образования, представляющие стратегический ресурс

устойчивого социально-экономического развития и инновационный потенциал экономики страны. Поэтому в рамках национальной программы «Развитие образования на 2016 – 2020 годы» реализуется ряд государственных реформ, а одним из направлений государственного финансирования является повышение конкурентоспособности ведущих российских вузов и их вхождение в топ мировых рейтингов университетов [3].

На конкурентные позиции образовательных организаций на рынке оказывает влияние ряд факторов, среди которых:

- усиление конкуренции между вузами, а также повышение требований к качеству образовательных услуг со стороны потребителей, покупателей и других заинтересованных сторон;

- уменьшение жизненного цикла знания и повышение роли инновационной составляющей образования;

- внедрение новых форм, методов и технологий обучения;

- реализация процессов горизонтальной и вертикальной интеграции образовательных организаций.

Однако, не смотря на то, что российская образовательная система претерпевает значительные изменения, чему способствовали принятые за последние годы указы, законы, постановления и целевые программы, в рейтинге национальных систем высшего образования «Universitas 21» страна занимает позиции в диапазоне от 32-35 места среди пятидесяти стран [4].

Все это свидетельствует о том, что эффективность управления системой высшего образования остается не достаточно высокой и повышает актуальность изучения и анализа зарубежной практики управления вузами. Кроме того, поскольку основным критерием оценки конкурентоспособности образовательной организации являются позиции в ведущих международных рейтингах, с учетом их критериев необходимо разрабатывать комплексные программы стратегического развития образовательных организаций.

Список литературы.

1. Бюджет России на 2019 год в цифрах [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://fincan.ru/articles/45\\_byudzhnet-rossii-na-2019-god-v-cifrah/](http://fincan.ru/articles/45_byudzhnet-rossii-na-2019-god-v-cifrah/).
2. Во Франции расходы на социальную сферу оказались выше, чем в других экономически развитых странах мира [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://euro-pulse.ru/news/vo-frantsii-rashodyi-na-sotsialnuyu-sferu-okazalis-vyishe-chem-v-drugih-ekonomicheskii-razvityih-stranah-mira>.
3. Проект повышения конкурентоспособности ведущих российских университетов среди ведущих мировых научно-образовательных центров «5-100» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://5top100.ru/about/more-about/>.
4. Рейтинг национальных систем высшего образования 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://universitas21.com>.

УДК 616.8-009.12

**ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПАЦИЕНТОВ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ**

**Горшков Денис Валерьевич**, асп.,  
**Полунина Наталья Валентиновна**, д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН,  
**Полунин Валерий Сократович**, д-р мед. наук, проф.,  
Россия, Российский национальный исследовательский медицинский  
университет им. Н.И Пирогова,  
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,  
экономики здравоохранения

Мозговой инсульт (МИ) является распространенной патологией среди цереброваскулярных заболеваний и влечет за собой значительные медико-социальные последствия, связанные в первую очередь с инвалидизацией пациентов [1, 2]. МИ ежегодно развивается более чем у 450 тыс. человек, из которых примерно 35% умирает в остром периоде заболевания, 80% выживших признаются инвалидами, в связи с этим в РФ в 1999 г. была создана Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ), чаще МИ

развивается на фоне артериальной гипертензии. Больные требуют интенсивного лечения и активной разноплановой реабилитации [3]. Больные МИ в большинстве случаев имеют сопутствующие заболевания, в основном сердечно-сосудистые [4].

В связи с этим целью исследования явилось изучение особенностей течения МИ и совершенствование процесса медико-социальной реабилитации пациентов с геморрагическим инсультом. В процессе исследования была изучена медицинская документация (медицинские карты амбулаторного больного (форма 025/у-04); статистические формы № 12.) на 731 пациента, также был проведен опрос 458 пациентов для получения дополнительных сведений, которые позволили оценить степень выраженности неврологических отклонений, возникших после перенесенного МИ. Средний возраст наблюдаемых пациентов составил 60-61 год, в том числе 46% мужчин и 54% женщин, из них у 40% пациентов была установлена легкая, у 43% -средняя степень тяжести и у остальных (17%) – тяжелая степень выраженности неврологических нарушений. Уровень сопутствующих заболеваний у пациентов после МИ составил в среднем 386,2 случая на 100 больных, с возрастом он увеличивался до 501,6 случаев на 100 больных. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией были заболевания сердечно-сосудистой системы, среди них первое место принадлежит артериальной гипертензии, второе – атеросклерозу, третье – ишемической болезни сердца. Другим часто встречающимся сопутствующим заболеванием были психические расстройства (постинсультная депрессия, тревожные расстройства, когнитивные нарушения, органические эмоционально-лабильные расстройства). У 46,3% наблюдаемых пациентов было отмечено два и более сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы и у 42,6% - два и более сопутствующих психических расстройств. Третье место среди сопутствующих заболеваний у наблюдаемых пациентов заняли болезни эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной

железы, метаболический синдром). Наличие сопутствующих заболеваний чаще имело место у лиц женского пола в старших возрастных группах. Комплексная оценка состояния здоровья по группам здоровья (первая группа – легкая выраженность нарушений и одно сопутствующее заболевание – 11,6%, вторая – средняя тяжесть, два сопутствующих заболеваний – 71,7%, третья – тяжелая степень нарушений и три сопутствующих заболеваний – 16,7%) определяла возможную индивидуальную реабилитационную программу. Постоянный контроль за выраженностью основных и сопутствующих нарушений здоровья с участием специалистов мультидисциплинарной бригады позволяет своевременно провести коррекцию реабилитационной программы каждому пациенту, обязательно рекомендовать соблюдение здорового образа жизни и осуществление контроля за ее реализацией будет способствовать повышению эффективности проводимых лечебных, реабилитационных и абилитационных мероприятий. По результатам анализа эффективности комплексной реабилитации пациентов всех групп здоровья, перенесших МИ установлено, что произошли положительные изменения, связанные со снижением выраженности рассматриваемых показателей медицинской, психологической и социальной реабилитации в среднем на 50%, при этом максимальный эффект был отмечен у пациентов, отнесенных к первой группе здоровья.

#### Список литературы.

1. Бархатов Ю.Д., Кадыков А.С. Прогностические факторы восстановления нарушенных в результате ишемического инсульта двигательных функций // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2017. - №11(1) – С. 80-9.
2. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8-2. – С. 424-427.

3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Мартынов М.Ю., Камчатнов П.Р., Чугунов А.В. Этапная помощь больным с церебральным инсультом // Лечебное дело. - 2004. - №3, – С. 62-68.

4. Аблякимов З.Э., Ануфриев П.Л., Танащян М.М. Патогенетические подтипы инсульта и критерии их диагностики у больных с ишемической болезнью сердца и церебральным атеросклерозом (клинико-морфологическое исследование) // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2016. - №10(4) – С. 5-10.

## **БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

УДК 614.251.2

### **ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЯЗВИМЫМ ГРУППАМ**

**Доника Алена Дмитриевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В этике понятие уязвимости — это не просто нейтральное описание состояния человека, а норма-предписание, которое требует принимать во внимание уязвимость как характерную черту человеческих существ. Этика не ограничивается уважением одних лишь выборов и решений, принимаемых отдельными индивидами; она нацелена на проявление заботы о другом. Например, выражение лица человека может не только свидетельствовать о его уязвимости, но вместе с тем и взывать о помощи.

Различают следующие виды уязвимости человека:

1) Биологическая или телесная уязвимость - относится к хрупкости человеческого организма, вызываемой:

- естественными угрозами, исходящими от нашей биологии, такими как старение, подверженность недугам, болезням и смерти;
- экологическими и другими природными и вызываемыми человеком угрозами, такими как голод, землетрясение, ураган, загрязнение окружающей среды и экологические катастрофы;

2) Социальная уязвимость — связана с ограниченной способностью людей налаживать общественную жизнь и совместно пользоваться благами и услугами. Выделяют следующие факторы социальной уязвимости:

- социальные угрозы, вызываемые войной и преступностью, предрассудками и дискриминацией, жестокостью и безразличием;
- люди становятся также уязвимыми в результате госпитализации и помещения в закрытые учреждения;

- социальные обстоятельства и условия.

3) Культурная уязвимость — связана с хрупкостью определенных традиций и ценностных концепций, типичных для каких-либо общностей или локальных культур.

Статья 8 Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека (2005) «Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности» раскрывает содержание одноименного принципа.

Страдание и боль - это выражение человеческой уязвимости. Медицинские специалисты должны в одно и то же время и стремиться свести страдание к минимуму, и принимать его как часть жизни. Уязвимость человека не должна рассматриваться только как нечто, подлежащее искоренению.

Слишком сильный акцент на устранении ведет к тому, что во имя некоторого предполагаемого добра творится зло такое как евгеническое движение, нацизм, ликвидирующий социально и этнически неприспособленных, и тоталитарные режимы, стремящиеся искоренить социальную несправедливость. «Учет уязвимости человека», о котором говорится в статье 8, предполагает соблюдение равновесия между устранением и принятием уязвимости человека [1].

Для уязвимых групп населения проблемы со здоровьем могут усугубляться социальными факторами [2]. Так, например, в США выделяют такие уязвимые группы населения, которые испытывают более высокие факторы риска, худший доступ к медицинской помощи и повышенную заболеваемость и смертность по сравнению с населением в целом:

1. Пациенты с хроническими заболеваниями и лица с ограниченными возможностями (инвалиды).

Безусловно, люди с хроническими заболеваниями более подвержены риску ухудшения здоровья, они обречены на более высокие финансовые затраты на свое здоровье, чем здоровые люди. Кроме того, они гораздо чаще обращаются за медицинской помощью, составляя значительную часть

национального корпуса пациентов. Лица с ограниченными возможностями, испытывают аналогичные проблемы. Более того инвалиды, могут испытывать трудности с доступом к медицинской помощи.

2. Малообеспеченные лица и бездомные. В целом, люди с низким уровнем дохода чаще страдают хроническими заболеваниями, и последствия этих заболеваний могут быть более серьезными. В зарубежных странах считается, что люди с низкими доходами часто являются представителями расовых и этнических меньшинства, и получая низкооплачиваемые источники дохода, они испытывают трудности со страховкой, и, как следствие, доступ к услугам здравоохранения. Люди с более низкими доходами также чаще имеют сопутствующие заболевания - это означает, что у них могут быть проблемы с поведенческим здоровьем, такие как депрессия или проблемы с употреблением психоактивных веществ, а также хронические заболевания, такие как ожирение или диабет.

К этой же группе за рубежом относят и бездомных, поскольку люди, испытывающие бездомность, могут не иметь безопасного места для проживания, они подвергаются повышенному риску неблагоприятных последствий для здоровья. В 2017 году Министерство жилищного строительства и городского развития США сообщило, что почти 554 000 человек в стране остались без крова за одну ночь [3]. Эти люди с меньшей вероятностью имеют постоянный источник помощи и чаще отказываются от нее. Кроме того, по данным исследования, опубликованного в 2013 году в Американском журнале общественного здравоохранения, трудно найти бездомных, потому что они часто чувствуют себя стигматизированными.

### 3. Некоторые географические сообщества.

Анализ статических данных позволяет сделать вывод, что население, живущее в сельской местности, часто имеют более низкий уровень здоровья. Причина такого неравенства заключается в том, что сельское население испытывает географическую изоляцию, имеет более низкий социально-

экономический статус, имеет ограниченные возможности трудоустройства и, как правило, старше.

В России, как в социальном государстве, так же уделяется особое внимание уязвимым группам населения, включенным в различные социальные программы поддержки. В то же время, необходима более тщательная систематизация данной части населения, для оптимизации программ и более широкого охвата данных лиц.

Список литературы.

1. Голдин Ю.А. Биоэтические дилеммы, связанные с уязвимостью пациента // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.52-53.

2. Chown, E. Ethical dimensions of health administration. (Monograph Series). Ottawa: Canadian College of Health Service Executives. 2010.

3. 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.

УДК 332.02

## **ПАРАМЕТРЫ И ТЕНДЕНЦИИ ТРАНСФОРМАЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РЕГИОНАХ ЮГА РОССИИ**

**Митрофанова Инна Васильева**, гл. науч. сотр., д-р экон. наук, проф.,  
**Рябова Инна Алексеевна**, науч. сотр., канд. экон. наук, доц.  
Rostov-on-Don, Federal Research Centre the Southern Scientific Centre of the  
Russian Academy of Sciences (SSC RAS)

По данным рейтинга качества жизни регионов России, построенного РИА Новости на основе анализа открытых данных, ряд регионов Юга России изменили свои позиции в 2018 году по сравнению с 2017 годом. Сам рейтинг включал учет комплекса показателей, фиксирующих состояние различных социальных и экономических аспектов условий жизни населения российских регионов. В частности, был осуществлен анализ 70 показателей,

сгруппированных в 11 блоков, отражающих уровень доходов населения, занятость и состояние рынка труда, жилищные условия, безопасность проживания, демографическая ситуация, экологические и климатические условия, здоровье, доступность и качество медицинских услуг, уровень образования, обеспеченность населения объектами социальной инфраструктуры, уровень экономического развития и малого бизнеса, состояние транспортной инфраструктуры и др.

Для сравнения: наиболее высокий рейтинговый балл у Москвы (77,371, 1-е место), наиболее низкий – у Республики Тыва (16,195, 85-е место). Среди регионов Южного федерального округа заметен значительный разброс в рейтинге качества жизни: регион – локомотив роста Краснодарский край – 63,973, 6-е место; старопромышленные, индустриально-аграрные регионы: Ростовская область – 54,124, смещение с 18-го на 19-е место, Волгоградская область – 47,307, подъем с 39-го на 37-е место, Астраханская область – 41,725, смещение с 52-го по 56-е место; депрессивные фоновые регионы: Республика Адыгея – 47,973, смещение с 29-го на 31-е место, Республика Калмыкия – 28,757, смещение с 79-го на 81-е место; у входящих с 2016 года в состав ЮФО города федерального значения Севастополя – 53,527, подъем с 23-го на 20-е место, у Республики Крым – 43,803, подъем с 55-го на 52-е место [1].

Вхождение Краснодарского края в десятку лидеров во многом было обусловлено тем, что в регионе активно идет процесс восстановления предприятий промышленных отраслей экономики (годовой рост на 4,2%) с учетом того, что сегодня в России формируется гарантированный спрос на промышленную и высокотехнологичную продукцию. Рост промышленности ускорил развитие социальной сферы региона, где в 2018 году построили десять новых школ, а в 2019 году начато строительство двух учебных заведений для одаренных детей. Кроме того, в 2018 году в край переехало более 60 тыс. человек, что служит доказательством высокого качества жизни и комфортности проживания в этом регионе.

Краснодарский край – на 1-м месте в рейтинге российских регионов по снижению смертности, причем она сократилась сразу по ряду заболеваний – систем кровообращения, дыхания, органов пищеварения, новообразований, что во многом удалось достичь благодаря высокотехнологичной медицинской помощи. В 2018 году на модернизацию и оснащение кубанских больниц новым оборудованием было израсходовано свыше 1 млрд рублей. Также на показатели сохранения жизни существенное влияние оказывает доступность медицинской помощи. На Кубани работает больше 250 офисов врачей общей практики, причем только за последние четыре года рост составил 59%. Уже в ближайшей перспективе в регионе появятся новые учреждения здравоохранения, в том числе современный медицинский кластер, а для формирования комфортной городской среды в ряде населенных пунктов региона были созданы зеленые зоны, отремонтировано и построено порядка 400 км дорог.

Сегодня показатель общей смертности в крае составляет 12,3 на 1 тыс. человек населения, и хотя это ниже, чем в среднем по России и в ЮФО, в крае задача снижения этого показателя остается в числе приоритетов региональной власти, а особое внимание уделяется снижению младенческой смертности. Так, в стратегии социально-экономического развития края запланировано, что к 2024 году этот показатель должен составить 3,5 случаев на 1000 родившихся, а устойчивый естественный рост численности населения региона и рост средней продолжительности жизни до 80 лет планируется достичь к 2030 году.

В Краснодарском крае растет количество фельдшерско-акушерских пунктов и мобильных медицинских комплексов растет, что делает медицинскую помощь более доступной во всех населенных пунктах. Чтобы жители сельской местности получали своевременную и качественную медицинскую помощь, в крае офисы врачей общей практики строятся на территории всего региона. До конца 2021 года в регионе появится еще около 50 новых ВОПов.

Кроме того, Краснодарский край вошел в пятерку регионов – лидеров по численности сторонников здорового образа жизни. Согласно данным агентства «РИА Рейтинг», подготовившего рейтинг регионов России по приверженности населения здоровому образу жизни, в основу которого легли такие показатели, как потребление алкоголя и табачных изделий, распространенность наркомании, занятия спортом, условия труда и др., регион занял 4-е место. Краснодарский край стал лидером среди регионов страны по доле населения, занимающегося спортом – почти 50% [2].

Список литературы.

1. Рейтинг российских регионов по качеству жизни. РИА Новости. URL: <https://ria.ru/20190218/1550940417.html>.
2. Яковенко Е. В числе лучших: Краснодарский край занимает высокое положение в рейтинге регионов России по качеству жизни. URL: <https://kubnews.ru/obshchestvo/2019/03/12/v-chisle-luchshikh-krasnodarskiy-kray-zanimaet-vysokoe-polozhenie-v-reytinge-regionov-rossii-po-kach/>.

## **МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ**

УДК -316.6

### **САМОЛЕЧЕНИЕ РОССИЯН: ВЫНУЖДЕННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ МОДНЫЙ ТРЕНД?**

**Борискина Татьяна Борисовна**, канд. соц. наук, доц.,

**Пескова Ольга Сергеевна**, д-р экон. наук, проф.

Россия, Волгоградский государственный технический университет

**Борискина Мария Александровна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
факультет Фармация

Всеобщая доступность источников информации в отношении симптоматики тех или иных заболеваний привело к росту популярности такое явления как «самолечение». Как правило, самосохранительное поведение в совокупности с самолечением подразумевает профилактику и мониторинг симптомов того или иного заболевания, что, в конечном итоге, снижает расходы на прием пациентов и лечение «запущенных» заболеваний. Как же обстоит дело с самолечением в России? Современные россияне не рассматривают здоровье как ценность первого порядка, а благополучно перевели его в инструмент для получения тех или иных благ. Как показывает статистика, 63 % россиян предпочитают лечиться самостоятельно, 2 % - никогда не болеют и к врачу не обращаются по причине крепкого здоровья, 32 % - сразу обращаются к врачу, 3% - затруднились ответить[1].

Из наиболее популярных симптомов, которые предпочитают лечить самостоятельно, лидирует симптоматика простудных заболеваний – 92 % населения лечат насморк и боль в горле самостоятельно, 90% не обращаются к врачу по поводу головной боли, головная , 86 % самостоятельно лечат кашель

и изжогу, опираясь на народные средства, 76 % не рассматривают повышение температуры как повод обращаться к терапевту, болезни ЖКТ лечат самостоятельно 72 % опрошенных, суставные боли лечат самостоятельно 55% респондентов, 42 % опрошенных лечат гипертонию самостоятельно, опираясь на советы фармацевта и рекламу в средствах массовой информации, кожные заболевания 32 % респондентов предпочитают лечить самостоятельно. В основном пациенты, предпочитающие самолечение, предпочитают слушать фармацевта (61%) или своих знакомых (41%). Каждый четвертый больной пользуется интернетом для поиска отзывов, а 16% выбирают препарат по инструкции (впрочем, после приобретения препарата читают инструкцию 72% пациентов). «Согласно отчету Google, только в 2015 году каждый двадцатый запрос в интернете был связан со здоровьем — это 3,5 миллиарда запросов». Следует предположить, что на адаптационное поведение влияют особенности российской культуры в области отношения к здоровью. У части населения культура отношения к здоровью будет меняться, например, у людей достижительного типа: возможны большие расходы на поддержание здоровья, правильное и качественное питание, полноценный отдых, занятия спортом, так как здоровье будет рассматриваться в качестве необходимого ресурса в осуществлении вертикальной мобильности. Для некоторой части общества ценность здоровья повысится. Для другой части, не имеющей материальных и психологических ресурсов, будет характерно деградационное поведение, в том числе и по отношению к здоровью. [2].

Следует помнить, что выбор лекарственных средств для самолечения у нас намного шире, чем в остальных странах мира, так огромное количество лекарств продается без рецепта. Неоднозначна ситуация с антибиотиками. Россия вписывается в печальный тренд: самолечения становится одной из важных причин распространения устойчивости к антибиотикам. 67% респондентов в России полагают, что антибиотиками можно лечить «простуду», 26% считают допустимым прекратить лечение при первых

признаках улучшения, 44% «выписали» себе антибиотики самостоятельно, при этом , 82% россиян слышали о проблеме резистентности [3] . От применяемых не по назначению антибиотиков ежегодно погибает около 20 тысяч человек, растёт количество антибиотикорезистентных микроорганизмов[4].

Так в чем же причина нашей одержимости россиян самолечением? Причин несколько, но основная — это недоступность медицинской помощи: огромные очереди к врачам, низкая квалификация рядовых медработников на местах, ликвидация сельских амбулаторий, фактическое отсутствие легальной возможности получить полноценную дистанционную консультацию. Например, в Волгоградской области с 2013 по 2017 год было сокращено 45 больничных организаций, амбулаторно - поликлинических пунктов – 50 , численность врачей снизилась на 7,8% в сравнении с 2013 годом, обеспеченность населения врачами 44, 4 человека на 10 тыс. населения в 2017 году в сравнении с 2013 , где этот показатель составлял 47,2 человека, также снизилась мощность амбулаторно-поликлинических организаций в расчете на 10000человек – на начало 2017 года данный показатель составил 260,8 посещений в смену, на начало 2013 г. – 262, 9 посещений в смену[5].

В исследованиях ФОМа, проведенных в апреле 2015 года, отмечалось, что 39% опрошенных считают ситуацию в здравоохранении плохой (хорошей ее считали лишь 11%). Схожие данные приводятся и в опросе Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) от 22 июля 2015 года. [6] Так, половина (50%) опрошенных считают, что наиболее актуальными проблемами являются необходимость повышения качества медицинских услуг. Почти столько же россиян указывают на недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей. Специалисты же придерживаются иного мнения, именно ответственное самолечение или так называемое «осознанное» самолечение могло бы снять непосильную нагрузку с медиков. Что позволило бы врачам в поликлинике сосредоточиться на помощи тем больным, которые действительно в ней нуждаются. Чаще всего терапевт

вынужден принимать пациентов с лёгкими недомоганиями (например, заложенностью носа, изжогой, небольшими ожогами), которые можно было бы быстро устранить приёмом безрецептурных препаратов [7]

Самолечение остается спорным вопросом, его невозможно запретить полностью, потому что это противоречит как многолетнему укладу россиянина по отношению к своему здоровью, так и состоянию экономики и всей системы здравоохранения на сегодняшний день. Как показывают исследования проведенные в США, один доллар потраченный на покупку безрецептурных препаратов позволяет сэкономить в бюджете страны 6-7 долларов. Но это, ни в коем случае, не должно означать полную передачу ответственности за состояния здоровья россиян со стороны государства на их плечи. Ответственное самолечение как форма самосохранительного поведения должна быть приведена в законодательные и этические нормативы. Поэтому концепцию ответственного самолечения следует трактовать более широко, чем рекомендует ВОЗ. Этот термин должен включать в себя как минимум два условия: не только готовность самого пациента взять ответственность за собственное здоровье в свои руки, но и желание и готовность медицинского и/или фармацевтического работника разделить эту ответственность с пациентом.

Список литературы.

1. <https://med.vesti.ru/novosti/obshhestvo-i-zakonodatelstvo/rossiyane-vybirayut-samolechenie/>
2. Печчеи 1985 – *Печчеи А.* Человеческие качества. М.: Прогресс, 1985.
3. <http://plus-one.vedomosti.ru/blog/neskolko-krugov-antibiotikov>
4. [https://cmtscience.ru/article/vsyo\\_ob\\_antibiotikah](https://cmtscience.ru/article/vsyo_ob_antibiotikah)
5. [http://volgastat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/volgastat/resources/bacce3804560f219910cdfc4d78fa45b/002\\_2017.pdf](http://volgastat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/volgastat/resources/bacce3804560f219910cdfc4d78fa45b/002_2017.pdf)
6. Борискина 2015 – *Борискина Т.Б.* Управление развитием стратегического потенциала региона (на примере волгоградской

области)/Беликова Е.В., Бородина Е.А., Великанов В.В., Горелова И.В., Коваженков М.А., Матющенко С.И., Мельников А.С., Мельникова Е.В., Мершиева Г.А., Молодоженова В.Н., Московцев А.Ф.(ред.), Пескова О.С., Попов В.Ю., Самсонова Е.В., Симонов А.Б., Сырбу А.Н., Унгурайте Т.Д., Текин А.В., Цыганкова В.Н. и др. Волгоград, 2015.

7.<https://www.bayer.ru/media/news/20170411-selfcare.php>

УДК 61

**ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЫНКА  
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
(НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДА)  
Воронина Алёна Сергеевна**

Цель исследования: проанализировать ситуацию на рынке платных медицинских услуг в России и выявить текущие тенденции его дальнейшего развития на примере частных медицинских организаций в Волгограде. Объектом исследования является рынок платных медицинских услуг.

Методы исследования: опрос, экспертный метод, метод статистического анализ, метод синтеза и анализа информации, методы индукции и дедукции, системный и комплексный подходы.

Информационной базой исследования являются данные Росстата, статьи в периодических изданиях, аналитические обзоры из сети Интернет.

В последнее время вопросам здравоохранения уделяется всё больше внимание, это связано с экономической ситуацией в стране, в том числе с реформой пенсионного возраста. Государство поставило перед собой задачу мотивировать здоровый образ жизни у населения и соответственно увеличить продолжительность и качество жизни.

По данным всемирной организации здравоохранения в 2019 году продолжительность жизни россиян стала рекордным 73,6 лет в среднем, т.е. увеличилась на 0,7 года, по сравнению с показателем 2018 года [1]. При этом в

развитых странах она составляет 78-84 года. У женщин средняя продолжительность жизни превысила 78,5 года. Общая смертность по данным за 2019 год на тысячу человек снизилась более чем на 3,1%, по сравнению с 2018 годом.

Несмотря на то, что с каждым годом увеличивается объем финансирования здравоохранения, этого всё равно не хватает, чтоб достичь уровня развитых стран. По данным счетной палаты РФ, доля расходов бюджетной системы на здравоохранение в 2020 году составляет 2,9% ВВП. При этом в Великобритании в 2018–2019 фактические расходы на здравоохранение составили 7,2% ВВП, в США на 2020–2022 годы на обязательные расходы на здравоохранение предусмотрено 10,1% ВВП ежегодно, во Франции в 2020 году – 8% ВВП [2].

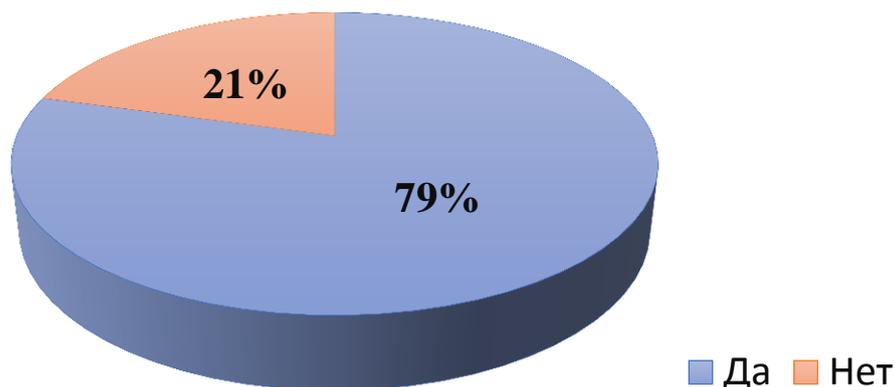
Из-за нехватки финансирования и качества обслуживания в муниципальных учреждениях активно развиваются платные медицинские услуги. В 2018г численность медицинских приемов в коммерческих клиниках продемонстрировала ежегодное повышение на 10,8% достигнув 22,8 млн приемов [3]. Это позволяет медицинским учреждениям не только иметь собственные средства на текущие расходы, но и делает их менее зависимыми от объема бюджетного финансирования. Также реформы в системе здравоохранения привели к дефициту квалифицированных специалистов узкого профиля в муниципальных поликлиниках, доступность их услуг уменьшилась.

Результаты исследования: Для достижения заявленной цели нами был проведен опрос для понимания ситуации на рынке платных медицинских услуг. Количество опрошенных респондентов составило 150 человек, которые являются жителями г. Волгограда. Анкета включала 7 вопросов (3 закрытых и 4 открытых), отражающих востребованность населения к платным медицинским услугам. Часть вопросов была посвящена качеству оказываемых услуг. Среди респондентов было 85 женщин и 65 мужчин.

<b>Возрастная группа</b>	<b>18-20 лет</b>	<b>21-30</b>	<b>31-45</b>	<b>46 и старше</b>
N=150	60 чел.	33 чел.	51 чел.	6 чел.
женщины	37	15	30	3
мужчины	23	18	21	3

**Таблица 1.Разделение респондентов по возрасту и гендерной принадлежности.**

Среди общего количества опрошенных выяснилось, что 80% пользуются платными услугами, а 20% не пользуются.



**Рисунок 1. Доля потребителей, пользовавшихся платными медицинскими услугами( в %, на примере Волгограда).**

Данное анкетирование выявило, что основными причинами обращения в частные клиники являются: невозможность получения данной медицинской услуги в муниципальной поликлиники, доступность частных медицинских услуг, скорость, качество и приемлемая цена.



Наиболее часто используемыми платными медицинскими услугами являются лабораторные исследования и диагностика (мрт, узи, кт), так как в муниципальных учреждениях данная услуга доступна по определенным показаниям и в течение длительного временного диапазона. Также к числу часто используемых платных услуг относится стоматология.



При выборе частных клиник потребители смотрят на репутацию клиники, квалификацию специалистов, современные медицинские технологии, ценовую политику, возможность предоставления услуг на дому, расположение и режим работы.

В Волгограде на основе анкетирования лидером рынка платных медицинских услуг является медицинский центр «Диалайн», который имеет крупную сеть многопрофильных клиник, предоставляющих комплекс услуг в диагностике, лабораторных исследованиях, профилактике и лечении заболеваний. Также респонденты часто отмечают KDL, которая является крупным центром лабораторных исследований по всей России. Таким образом, Волгоград имеет большой спрос на получение услуг в частные клиники и является достаточно перспективным в плане дальнейшего развития платных медицинских услуг.

Вывод. В настоящее время рынок частной медицины в России переживает этап бурного развития, это прослеживается на примере Волгограда. Уменьшается количество квалифицированных специалистов, особенно первичного звена, серьезные медицинские исследования в системе ОМС очень

трудно получить в кратчайшие сроки, в частных клиниках всё это более доступно при высоком уровне обслуживания.

По мнению экспертов, в Волгограде открылось много частных клиник, растёт число пациентов, нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи, что это приводит к росту прибыли и позволяет частным клиникам развиваться, приобретать современное оборудование, открывать новые отделения и сохранять территориальную доступность для пациентов. Частные клиники дают своим сотрудникам возможность повышать квалификацию, оплачивают учебу за границей, что привлекает в клинику большое количество специалистов, это немало важно, так как основной критерий выбора клиники - грамотный специалист. Помимо всего перечисленного в частные клиники можно попасть в любой день, что очень актуально для работающего населения в Волгограде с ненормированным рабочим графиком.

Исходя из вышеизложенного, отметим, что большинство пациентов выбирают частные клиники по критерию сохранения временной занятости при средней ценовой затрате. В настоящее время частные медицинские организации становятся доступными для людей всех слоев населения. Активно применяются скидки для малоимущих граждан, медицинских работников, ветеранов и пенсионеров. Существуют скидки на отдельные услуги, например, если потребитель находится в состоянии выбора между аналогичными предложениями на рынке в одинаковых условиях, то наличие скидки влияет на выбор частного медицинского учреждения, где пациент будет проходить данное обследование.

Таким образом, платные медицинские услуги активно развиваются на российском рынке, В России ежегодно увеличивается количество частных медицинских клиник, что говорит об их востребованности, несмотря на альтернативные услуги в муниципальных медицинских учреждениях.

Список литературы.

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/10/16/12642-ministr-zdravoohraneniya-veronika-skvortsova-zayavila-ob-uvlichenii-prodolzhitelnosti-zhizni-rossiyan-za-8-mesyatsev-tekuschego-goda>.

2. Официальный сайт «Медвестник» Режим доступа [Электронный ресурс]. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Schetnaya-palata-rashody-na-zdravoohranenie-v-Rossii-znachitelno-nije-chem-v-stranah-G7.html>.

3. Проект федерального закона «О федеральном бюджете на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Режим доступа [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/59298.html>

**УДК 61**

**ТРОЛЛИНГ В ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**  
**Гасайниева Убайдат Буньяминовна**

магистрант кафедры экономики и менеджмента

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д-р экон.наук, проф. Косинова Н.Н.

Троллинг (*от англ. - ловля рыбы на блесну*) – стремление навязать услуги потребителю при помощи обмана. Используется как персонифицированными участниками, заинтересованными в большей узнаваемости, публичности либо эпатаже, так и в процессе анонимного взаимодействия пользователей, осуществляемой без возможности идентификации с реальным субъектом виртуальной коммуникации [1,2].

Тролль, то есть человек, который занимается троллингом, размещает блесну-приманку в социальных сетях (Фейсбук, Вконтакте и др.) или в специализированных информационных источниках, к которым обращаются представители массовых профессий, например, врачи-стоматологи,

руководители клиник. Для троллинга не требуется серьезной подготовки, специальных навыков и умений.

Некоторые люди занимаются троллингом с целью развлечения, получая удовольствие от собственных действий. Сами тролли делят троллинг на «толстый» и «тонкий». «Толстый» троллинг виден при первом взгляде, он состоит из вызывающего поведения и однозначных нарушениях правил. «Тонкий» троллинг распознать сложнее, его степень воздействия зависит от того насколько тролль разбирается в людях. «Тонкий» тролль знает все правила, принятые в том месте, где он троллит и не нарушает их напрямую.

Тролль, специализирующийся в области стоматологии, стремится к личному обогащению, завлекая на свои тренинги и семинары при помощи обещаний раскрыть секреты получения большой прибыли, увеличения потока пациентов, в редких случаях повышение позиций среди конкурентов. Троллингом занимаются отдельные учебные или консалтинговые центры, которые используют ресурсы вебинаров и рубрик «Мир стоматологов» и др. Троллингом увлечены отдельные стоматологи [3].

Например, тролли, агитирующие стоматологов посетить их тренинги. Участникам обучения обещают раскрыть секреты маркетингового приема и техники воздействия на персонал (или пациентов), которые позволяют в короткий период (в течении 2-3 месяцев) повысить доходы клиники или значительно увеличить поток пациентов.

Это «толстый» троллинг в чистом виде, который создает иллюзию быстрых перемен в стоматологии.

Кроме того, стоматолог, оказывающий платные услуги, обязан следовать Закону РФ «О защите прав потребителей», в одном из пунктов которого сказано, что потребитель услуг должен получить полную информацию о ней до оказания. По разным причинам пациент может не спросить о том, о чем стоматолог частной клиники обязан его информировать. На часть таких причин укажет «тренер».

Тренер-тролль заслужит одобрение со стороны небольшого числа стоматологов, которые с облегчением станут цитировать его: «Молчи, коли тебя не спрашивают!». Дефект такой установки осознали многие доктора, работающие в частных клиниках, зачем же с умным видом агитировать их за прошлое. Оно не учитывает правовое поле оказания платных услуг, не ставит вопрос о том, что каждому доктору нужны очки доверия от каждого пациента, в том числе за счет полноты, четкости и полезности информирования об услугах [3].

А вот тролль-наставник, который от имени проекта «Маркетинг в стоматологии» делится советами под заголовком «Увольте своих пациентов». Ему не нравится «некачественный» пациент, и он предлагает избавляться от такого. «Некачественный» - это пациент, который не удовлетворен консультацией, не остается на лечение, предъявляет претензии.

Теперь о троллях-стоматологах:

➤ «Тонкий» троллинг используют стоматологи, которые стараются расположить к себе пациентов при помощи так называемых фишек.

➤ Фишка – это приманка, используемая стоматологом, с целью вызвать у клиента-пациента доверие, показать профессионализм или особое расположение и в результате побудить его остаться на лечение или стать постоянным клиентом [1].

Многие владельцы клиник также озадачены поиском фишек и тренеров, которые могли бы поведать о них.

Троллинг обычно является показателем системного дефекта личности стоматолога. Врач начинает консультацию с «самопрезентации»: «Вам повезло – я ученик профессора...(далее следует фамилия учителя)» [2].

Тролль обычно настораживает получателей услуг и провоцирует их не иметь с ними дело. Мы не можем приписывать троллинг всем стоматологам, подавляющее большинство работает на совесть. Но если кому-то из пациентов,

все же довелось нарваться на тролля, осадок останется на всю жизнь, а сарафанное радио донесет, по крайней мере, до ближайшего окружения.

В заключении хотелось бы рекомендовать врачам – стоматологам некоторые принципы:

- Береги свое здоровье и здоровье своих пациентов.
- Лечи пациентов так, как хотел бы, чтобы лечили тебя.
- Доброе имя стоматолога – уже капитал.
- Не будь рабом своей алчности.
- Оплату за лечение бери по совести.

Список литературы.

1. Внебратных Р. А. Троллинг как форма социальной агрессии в виртуальных сообществах // Вестник Удмуртского университета. Философия. Социология. Психология. Педагогика. Ижевск: Удмуртский государственный университет, 2012. В. 1. С. 48-51.

2. Ермаков Ю.А. Манипуляция личностью: Смысл, приемы, последствия.- Екатеринбург. 1995, с.136.

3. Экономика и менеджмент в стоматологии// научно-аналитический журнал №1(48), 2016 С. 32-39.

УДК 339.138:711.455

## **КОМПЛЕКСНЫЙ САНАТОРНЫЙ ПРОДУКТ В РАМКАХ ТЕОРИИ «СИСТЕМНОЙ ЭКОНОМИКИ ПОТРЕБИТЕЛЯ»**

**Кукина Елена Николаевна, канд.экон.наук, доц.**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Конкуренция на современном рынке санаторно-курортных услуг престала являться борьбой за ресурсы, акцент смещается с аспектов производства и распределения на коммуникацию. Произошел откат от принципов бесплатности, общедоступности и неделимости к возмездности. В этой связи, основой для создания информационной базы при принятии адекватных,

экономически обоснованных решений относительно стратегии и тактики санаторно-курортного комплекса в конкурентной среде, должно быть систематическое изучение маркетинговой среды санаторно-курортного рынка, определение коммерчески перспективных сегментов потребителей и формирование позитивного взаимодействия с ними.

Концепт «системной экономики потребителя» А. Сливотски и Д. Моррисона лежит в основе объяснения принятия решения потребителем о покупке и эффективном потреблении продукта/услуги.

«Системная экономика потребителя» включает как затраты на основной продукт/услугу, так и дополнительные затраты на продукты/услуги, которые позволяют лучше использовать основной продукт/услугу. Пользователь несет расходы по использованию, хранению и прекращению использования продукта. Кроме того, необходимо учитывать время, потраченное на поиск средств, покупку и различные варианты пользования приобретенным продуктом/услугой. Наконец, объем негативных и позитивных эмоций, испытываемых на протяжении всего процесса потребления и знания, привнесенные в процессе использования продукта/услуги, также являются составляющими общих затрат. Таким образом, общие затраты на приобретение и использование основного продукта – это не только деньги, но время и эмоции. Необходимо отметить, что все эти сопровождающие затраты составляют 80% от общих затрат.

Комплексный продукт, как объект системной экономики потребителя, включает кроме основного продукта комплекс дополнительных устройств или услуг, необходимых для полного использования всех заложенных в продукте возможностей [1]. Такой взгляд расширяет понимание как потребительской ценности продукта, так и желаний/ожиданий потребителей.

Комплексное представление продукта/услуги учитывается в схеме дифференциации, через формирование пирамиды продукта/услуги. Признаками дифференциации являются как свойства, присущие самому товару/услуге:

функциональные характеристики, ассортимент, цена, стиль, качество, сервис, вид финансовой схемы расчетов, срочность доставки и др., так и свойства, присущие пользователям этого товара/услуги: отношение к потребительской ценности, уровень доходов, место в цепочке ценности, вкусы, образ жизни, приоритеты и др.

На разных стадиях жизненного цикла рынка решающей характеристикой восприятия продукта является его целостность, отражающая переход продукта по мере его развития в следующие состояния: от «родового» к «ожидаемому», от него к «расширенному» и, далее, к «потенциальному».

Так, «родовой продукт» как результат первого уровня развития рынка – это продукт, соответствующий определенному качеству и назначению, «ожидаемый продукт» - это то, что покупатель представлял себе при совершении покупки, «расширенный продукт» содержит в себе возможность максимального достижения цели покупки. «Потенциальный продукт» содержит необходимые улучшения, сопутствующие товары / услуги которые, возможно, смогут формировать новые потребности.

Таким образом, создается специальная конфигурация продукта/услуги, которая отвечает индивидуальным особым потребностям.

По сути санаторно-курортный продукт представляет собой сложное единство действий, выполняемых санаторно-курортным комплексом для одного пользователя в течение определенного периода времени. Санаторно-курортный продукт включает в себя не только медицинские и развлекательные услуги, но и услуги по размещению, питанию, транспорту, информированию потребителей и анимации.

Современный покупатель санаторно-курортных услуг приобретает не только продукт, но и целые «среды», которые лежат в основе принципов управления маркетингом, гарантируют высокий уровень сервиса, профессионализм менеджмента, наличие стимулов и имиджа санаторно-курортного комплекса.

А. Е. Архиповым была предложена модель контурного пакетирования санаторно-курортного продукта. В его структуре автор выделяет три уровня:

-базовый контур (стандартизированный пакет санаторно-курортных услуг);

-контур второго уровня (расширенный пакет санаторно-курортных услуг, (сервисное обслуживание));

-контур третьего уровня (кастомизированный набор санаторно-курортных услуг (коммуникация с рыночной средой)).

Базовая услуга (базовый контур) формирует конкурентоспособность санаторно-курортного предприятия, сервисное обслуживание (компоненты анимации и экскурсионная составляющая) формирует его конкурентоустойчивость, а связь с рыночной средой - конкурентомобильность санаторно-курортного предприятия.

Под конкурентомобильностью следует понимать наличие определенного конкурентного запаса (потенциала) конкретного санаторно-курортного предприятия для адекватного оперативного реагирования на изменения потребительских предпочтений и других рыночных императивов участников маркетинговой среды [2].

На наш взгляд, контурное пакетирование санаторно-курортного обслуживания должно выстраиваться с учетом необходимости измерения и прогнозирования эффектов коммуникации на этапе проектирования, организации и непосредственного его внедрения.

Список литературы.

1. Сливотски А. Маркетинг со скоростью мысли (Инновации в модели бизнеса). / А. Сливотски, Д. Моррисон. – М.: Изд-во Эксмо, 2003
2. Архипов А. Е. Модель контурного пакетирования как основа формирования конкурентомобильности санаторно-курортного комплекса / А. Е. Архипов // Российское предпринимательство. – 2011. - № 9 (2). – С. 110 – 114.

УДК 614.2:366.1

## **ВЛИЯНИЕ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ**

**Легенькова Надежда Михайловна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Маркетинг начинается с клиента и заканчивается довольным покупателем. Для этого организация должна следовать маркетинговой стратегии, которая соответствует ценностям, репутации и имиджу организации. Цель организации заключается в разработке маркетингового плана, который включает в себя: анализ рынка и конкуренции; стратегию продукта и цены для достижения желаемого имиджа организации и бренда; рекламный план; план стимулирования продаж; стратегию продаж.

Основной целью маркетинга является достижение и защита удовлетворительного положения на рынке посредством удовлетворения потребностей клиентов. Сегодняшний рынок определяется клиентом, а не предпринимателем. Вот почему мы говорим сегодня о рынке покупателя.

Маркетинг в здравоохранении – это система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем [1].

До недавнего времени маркетинг медицинских услуг использовался только в виде отдельных приемов, таких как изучение спроса на лекарственные средства, реклама фармацевтической продукции и т.п. На сегодняшний день маркетинг содействует более успешному освоению рынка медицинских предложений за счет выявления тех продуктов, которые пользуются большим спросом у покупателей. Кроме того, рациональное построение сбытовой политики организаций здравоохранения существенным образом минимизирует сопутствующие потери методом более обоснованного и целенаправленного

продвижения лечебно-профилактических услуг к их пользователям (пациентам).

При маркетинге медицинских услуг медицинским учреждениям необходимо обратить внимание на: способность покупателя (количество, его платежеспособность и особенности заболевания); возможности учреждения (оснащенность, укомплектованность сотрудниками, лицензирование медицинских услуг, фондовооруженность новой техникой); качество, уровень и доступность медицинских услуг (набор услуг, их количество, дополнительные, желательные и обязательные услуги, способности улучшения и обновления предложений, их новизна, практический и медицинский эффект и др.); конкуренцию (количество подобных предложений, их качество и эффективность, укомплектованность новой техникой, профессиональный уровень специалистов и их авторитет в других учреждениях). Сегментация рынка медицинских предложений и определение его емкости осуществляются на базе данных о количестве обслуживаемых больных и объеме их среднедушевого дохода, уровне затрат на медицинскую помощь и лекарственные средства, товары медицинского назначения.

На российском рынке проводятся маркетинговые исследования высокотехнологичных медицинских услуг с целью определения мотивации потребителей и особенностей их рыночного поведения, так как именно этим обусловлены результаты финансовой деятельности организации. Изучение потребительских предпочтений при выборе услуг, факторов, влияющих на принятие решения о покупке, позволяют работникам организации максимально удовлетворить потребности населения и создать оптимальные условия обслуживания, увеличивая, тем самым, потребительскую лояльность, которая выражается в повторных покупках и рекомендации данной организации другим людям. Разработаны профили целевых клиентов и сформирована типология потребителей на основе причин покупки высокотехнологичных услуг и уровня вовлеченности потребителей в процесс покупки [2].

Мир медицинских услуг стремительно меняется. Новые бизнес-модели, увеличение расходов, изменения в законодательстве, новые технологии и многие другие факторы заставляют медицинские организации меняться, чтобы продолжать развиваться и процветать.

Тратить бюджет организации на рекламу впустую – распространенная ошибка, которую часто допускают. Ежегодно ставки контактной рекламы растут, цены на наружную рекламу и СМИ заоблачные, а пациенты во время болезни менее лояльны к рекламе в целом. Все это даже при благоприятных обстоятельствах делает маркетинг не простым занятием для медицинской организации.

Исходя из особенностей медицинского рынка, можно выделить 5 видов маркетинга для продвижения в сфере здравоохранения: маркетинг организации, маркетинг конкретных услуг, медицинский маркетинг специалистов, маркетинг места, медицинский маркетинг идей [3]. Опираясь на них можно выстроить собственный эффективный маркетинговый план.

Естественно, что каждый из перечисленных видов продвижения должен быть ориентирован под потребности определенной целевой группы клиентов. Для выявления целевой аудитории и ее желаний используется маркетинговая аналитика.

Средние статистические подсчеты показали, что:

- около 36% пациентов не забирают результаты лабораторных анализов, не приходят на повторный прием и не получают помощь, в которой нуждаются;
- 1 из 5 пациентов приходит на повторный прием в течение 30 дней;
- во вторичной госпитализации нуждаются пациенты с сердечным приступом – 19,9%, с сердечной недостаточностью – 24,7%, с пневмонией – 18,3%.

Хороший сервис подразумевает особое отношение к каждому пациенту. Важным фактором является компетентная работа сотрудников регистратуры. При проведении аудита тысячи звонков в разных медицинских организациях

ориентируются на конвертацию входящих звонков для записи на прием. При этом были получены результаты в пределах от 70% до 15%, такая разница объясняется степенью подготовки и компетенции медицинского администратора. Необходимо помнить, что сотрудник регистратуры - это ключевой продавец. Именно от уровня его подготовки и качества работы зависит, сколько входящих звонков станет пациентами медицинской организации.

Чтобы добиться успеха, нужно обратить внимание на то, как создаются и продвигаются медицинские услуги, позволяющие потребителю (пациенту) удовлетворить свою потребность, остаться довольным и результатом, и процессом лечения и реабилитации.

Список литературы.

1. Малахова, Н.Г. Маркетинг медицинских услуг [Текст] / Н.Г. Малахова. - М.: Книжный мир, 2004. - 298 с.
2. <http://lektsii.com/2-35766.html> - Маркетинг платных медицинских услуг.
3. [https://revolution.allbest.ru/marketing/00533879\\_0.html](https://revolution.allbest.ru/marketing/00533879_0.html) - Маркетинг в медицине.

УДК 339.138

## **ОСОБЕННОСТИ СПРОСА И ПРОДВИЖЕНИЯ НА РЫНКЕ БИОЛОГИЧЕСКИ-АКТИВНЫХ ДОБАВОК**

**Лизовская Вероника Владимировна**, канд.экон.наук. доц.

Россия, Санкт-Петербургский государственный экономический университет

Рынок биологически активных добавок (далее по тексту БАД) появился в России в 1994 году и продолжает активно развиваться. Объем продаж биологически-активных добавок в 2018 году показал рост в натуральном выражении на 1% и 13% в стоимостном. При этом, на полках аптечных сетей была представлена продукция почти от 800 различных производителей с общим

количеством различных наименований продукции около 2100. При этом, в отличие от рынка лекарственных препаратов, на рынке БАД отмечается большая доля препаратов российского производства, хотя прослеживается тенденция к увеличению доли зарубежных товаров. Емкость рынка БАД в России в 2018 году составил 55,5 млрд. рублей. [1, 2]

Основными конкурирующими препаратами для биологически-активных добавок являются лекарственные средства. Однако, доля безрецептурных препаратов в натуральном выражении на рынке почти в два раза больше, чем рецептурных (65,2% и 34,8% соответственно), и она продолжает увеличиваться. Хотя в стоимостном выражении доли рецептурных и безрецептурных препаратов практически равны. Это говорит о большей доступности для населения именно последних. [3, 4]

Большая часть биологически-активных добавок имеют общеукрепляющее действие, предполагают эффект очищения организма и корректировки веса. Предполагается рост препаратов на растительной основе, что соответствует тенденции к потреблению натуральных товаров, которая в целом сейчас характерна для всего потребительского рынка.

Конкурентами биологически-активным добавкам также выступают товары так называемого «рынка товаров для красоты», способствующие устранению проблем с кожей, волосами и т.д. [5] При этом, эти рынки можно рассматривать не только как конкурирующие, но и как взаимодополняющие, так как часто предполагается применение косметических средств совместно с витаминами, многие из которых отнесены к рынку БАД.

Также, как и продукция рынка красоты, биологически-активные добавки могут продаваться в различных торговых точках и не ограничены с точки зрения дистрибуции и продвижения как лекарственные препараты. С другой стороны, рынок БАД также подвержен контролю и регулированию со стороны государства. [6] Это порождает дополнительное доверие со стороны

потребителей к продукции рынка БАД и является стимулом в отношении выбора продукции потребителем на нем.

Возможность продвижения биологически-активных добавок, рекомендации торгового персонала и активный мерчендайзинг способствуют продаже биологически-активных добавок, и формируют положительную тенденцию к увеличению спроса на рынке. Все это определяет направление развития многих фармацевтических компаний, которые активно расширяют ассортимент продукции за счет включения в него биологически-активных добавок.

Список литературы.

1. Розничный коммерческий рынок по итогам 2018 года. [Электронный ресурс]: URL: <https://alpharm.ru/> (Дата обращения: 10.09.2019).

2. Ежемесячные аналитические обзоры фармацевтического российского рынка//DSM Group [Электронный ресурс]: URL <https://www.dsm.ru/marketing/free-information/analytic-reports> (Дата обращения: 10.09.2019).

3. Новости GMP. Аптечный рынок БАД в России [Электронный ресурс]: URL: <https://gmpnews.ru/2018/09/aptechnyj-rynok-bad-v-rossii> (Дата обращения: 10.09.2019).

4. Новости GMP. Аптечный рынок БАД в России [Электронный ресурс]: URL: <https://gmpnews.ru/2018/09/aptechnyj-rynok-bad-v-rossii> (Дата обращения: 10.09.2019).

5. Суслов Н. И., Добрусина М. Е., Чуринов А. А., Лосев Е. А. «Фармацевтический маркетинг» - Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 319 с.

6. Петренко А.С., Пономарева М.Н., Суханов Б.П.. Законодательное регулирование обращения биологически активных добавок к пище в Европейском союзе и отдельных странах Европы. URL: [https://www.lsgeotar.ru/pharma\\_posts/37.html](https://www.lsgeotar.ru/pharma_posts/37.html) (Дата обращения: 10.09.2019).

УДК 61

## **DIGITAL БРЕНДИНГ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**Мамаева Дарья Дмитриевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд.экон.наук, Аракелова И.В.

В период стремительного развития цифровых технологий инновационная активность предприятия является одним из важнейших факторов развития компании.

На сегодняшний день, рынок услуг в России все больше нуждается в передовых методах управления в части создания и развития долгосрочных отношений с клиентами, и сфера здравоохранения здесь не исключение.

В условиях высокой конкуренции и многообразия идентичных услуг и товаров в одном ценовом сегменте, предприятия приходят к поиску новых путей создания конкурентных преимуществ, находящихся вне самого товара.

В связи с чем, формируется абсолютная закономерность трансформации всех выгод потребителя в нематериальный формат, т.к. на рынке с переизбыточным объёмом товаров и услуг, компания-конкурент имеет возможность скопировать технологию, а также представить аналогичный дизайн продукта или формат услуги. Заимствовать не представляется возможным только виртуальные, нематериальные выгоды и специфики, которые, как правило, даже не осознаются потребителем, но однозначно способствуют тому, что он становится приверженцем компании, а точнее - бренда.

Бренд глазами потребителя – это не просто перечень услуг, товаров с их отличительными особенностями как таковыми. Бренд - это образ, создаваемый предприятием, уникальный и привлекательный для потребителей, обладающий конкретным идентификационным знаком или маркой.

Брендинг как направление маркетинга, в медицинской сфере имеет свою особую специфику, так как строится на доверительном отношении

потенциальных потребителей, отвечая их нуждам, ожиданиям, потребностям. Для потенциального пациента одним из первостепенных значений является доверие к врачу или лечебному учреждению в целом, которое формируется по средствам коммуникаций.

В свою очередь, Digital технологии предоставляют широкие возможности для создания эффективных коммуникаций непосредственно с самим потребителем медицинских услуг.

В условиях цифровой экономики, устоявшийся механизм взаимодействия клиники с пациентом принципиально меняет вектор в пользу многоканальности и интерактивности связей между данными участниками процесса. На сегодняшний день, социальные сети, сайты клиник, мобильные приложения, специализированные сайты с отзывами - являются активными инструментами, используемыми потребителями медицинских услуг.

Таким образом, расширение каналов коммуникаций посредством инструментов диджитализации позволяет разработать и выстроить отношения с пациентами индивидуально и максимально удобными для них способами. В свою очередь успешные коммуникации формируют доверительные отношения и лояльность к бренду. Отметим, что в отношении медицинских услуг, брендом может быть, как клиника, так и личность специалиста (врача).

Digital брендинг в медицине, как процесс управления имиджем клиники в условиях развития цифровой экономики, позволяет предприятию не только выделиться на фоне конкурентов, но и сформировать уверенность потребителей в качестве услуг, обеспечить их лояльность, привлечь внимание новых потенциальных пациентов, а также установить более высокую цену по сравнению конкурентами.

Таким образом, Digital брендинг является естественным способом увеличить прибыльность предприятия, представляет собой перспективный инструмент управления компанией.

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. Аренков И.А., Крылова Ю.В., Ценжарик М.К. Клиентоориентированный подход к управлению бизнес-процессами в цифровой экономике// Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. Том 10, № 6, 2017 С. 18-30
3. 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/>
4. Леван Коберидзе. Брендинг, как инструмент управления компанией// Европейский союз ученых (ЕСУ), № 4 (25), 2016 С. 69-71

УДК 659.3

**МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СОВРЕМЕННЫЕ  
ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ, КАРТА  
ЭМПАТИИ ПЛАТНОГО ПАЦИЕНТА**

**Меньшакова Мария Николаевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: ст.преп. Ситникова С.Е.

В настоящее время термин «Маркетинг» активно употребляется во всех сферах жизни общества. Под маркетингом понимают систему производства и сбыта товаров, ориентированную на удовлетворение потребностей. Сегодня трудно представить организацию или компанию, которая не пользовалась бы услугами маркетологов. Медицинские организации так же входят в это число. Ведь четко оформленный маркетинговый план может вывести медицинское учреждение на более высокий и конкурентоспособный уровень.

В рамках маркетинга медицинских услуг любая клиника или больница может повысить посещаемость пациентами и уровень предоставляемых услуг. В первую очередь работу следует начинать с изучения модели потребительского поведения и формирования адресного предложения медицинских услуг.

Для более четкого представления о маркетинге в медицинской сфере, можно описать сеть многопрофильных клиник «Диалайн». С точки зрения пациента-потребителя можно отследить, какие маркетинговые ходы могут привлечь его именно в данную клинику.

Маркетинг включает в себя изучение моделей потребительского поведения. При выборе услуг, которые будет предоставлять клиника, потребитель использует три основных модели: экономическую, социологическую и психологическую.

Экономическая модель предполагает, что в процессе принятия решения потребитель руководствуется представлениями о степени выгоды совершаемой сделки. Соответственно клиника старается привлечь пациента выгодными финансовыми условиями предоставления услуг.

Основой социологической модели является общественная среда, в которой находится индивид. Влияние на потребителей оказывают семья, друзья, социальные статусы и роли. При выборе клиники пациент руководствуется советами друзей и знакомых, которые негласно определяют статус учреждения.

Психологическая модель имеет важное значение для успешной маркетинговой деятельности. Поведение покупателей определяется рядом факторов: типом личности, восприятием внешнего мира, целевыми установками и убеждениями. В интересах клиники заинтересовать пациента, показать лучшие стороны и убедить его воспользоваться их услугами.

Ситуация на рынке частных медицинских услуг изменилась. Изменилось и поведение пациентов, которым врачи готовы и могут помочь. Современные

тенденции маркетинга медицинских услуг базируются на использовании Интернет-ресурсов. Сегодня использование компьютеров и мобильных устройств занимает большую часть времени современного человека. Используя эти изменения, клиника может приспособиться к представлению информации посредством сайта и интернет-рекламы. Количество людей заходящих в интернет с мобильных устройств, превысило пользователей компьютеров. Поэтому основной тенденцией можно назвать мобильный маркетинг, при котором создаются адаптивные мобильные сайты, которые упрощают поиск информации о клинике.

Что бы создать услугу, которая была бы востребована среди потребителей, нужно хорошо понимать, кто будет этим пользоваться. На сегодняшний день для достижения этой цели активно используется карта эмпатии. Она помогает систематизировать ключевые характеристики целевой аудитории, понять их поведение, среду, проблемы и радости. В конечном итоге можно получить более успешную бизнес-модель.

При продвижении медицинских услуг на рынке, карта эмпатии платного пациента может помочь в разработке стратегии, поиске новых направлений, улучшению уровня сервиса и др.

Грамотный маркетинговый план способен повысить уровень клиники. Одним из инструментов понимания потребителя может служить карта эмпатии платного пациента. Эффективность данной карты можно проследить на примере многопрофильных клиник «Диалайн». Клиент заполняет данную карту в соответствии с шаблоном: делится своими чувствами, о чем он слышал относительно данной клиники, что он видит в окружении, также говорит об услугах, которые клиника должна предоставить и делится переживаниями, которые мешают выполнению задачи. Карта эмпатии визуализирует характеристики целевой аудитории: потребности, мотивы, ценности, проблемы и т. д. С помощью полученной информации маркетологи смогут сформировать концепцию дальнейшей работы, определить, какие аспекты не освещены в

обществе. Исходя из этого анализа, определяются направления развития: обновление сайта, поисковое продвижение, использование скрытого маркетинга или спец предложения на услуги.

В современном мире сложно представить организацию, которая не продвигала свои услуги на рынок. Медицинский маркетинг также ориентирован на продвижение своих услуг. Исходя из меняющихся условий, каждая клиника старается сделать потребителю выгодное предложение, которое удовлетворило бы его потребности. Для этого используются различные методы, которые помогают узнать, чего хочет клиент. Это помогает сделать маркетинг медицинских услуг доступным для всех.

Список литературы.

1. Котлер Ф. Основы маркетинга. – 2018. – С. 23-30.
2. Савельев Д., Крюкова Е. 100+ хаков для интернет-маркетологов. Как получить трафик и конвертировать его в продажи. – 2018. – С. 73-95.
3. Гусарова О.М. Моделирование результатов бизнеса в менеджменте организации//Перспективы развития науки и образования. - Тамбов: Бизнес-Наука-Общество. - 2014. - С. 42-43.
4. Ефимова С.А. Маркетинговое планирование. М.: Изд-во Альфа-Пресс. 2018. С. 122

УДК 61

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ В РАБОТЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ**

**Мигунова Наталья Вениаминовна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд.пед.наук Коваленко Н.В.

Маркетинговые коммуникации на фармацевтическом рынке относятся к числу наиболее важных аспектов маркетинговой деятельности компании. И связано это с тем, что в данный момент на этом рынке представлено

множество препаратов, в том числе дженериков, которые мало чем отличаются друг от друга в понимании конечного потребителя. В связи с этим основная задача, которая стоит перед отделом маркетинга фармацевтической компании – донести до покупателей информацию о «своих препаратах» таким образом, чтобы они отдали предпочтение именно им. Для передачи сообщений, предназначенных для привлечения внимания и возбуждения интереса к лекарственным препаратам, компании используют различные виды и каналы коммуникации: рекламу, стимулирование сбыта, торговых представителей, задействуют социальные сети, участвуют в различных мероприятиях (конференции, конгрессы, выставки и т.д.), а также возможности связей с общественностью [1].

Основные проблемы, с которыми сталкиваются все участники фармацевтического рынка, это: большое количество схожих по своим составам лекарств, непроработанная система взаимодействия с медицинской общественностью и очевидные трудности в исполнении существующих законодательных норм. Важно помнить, что при проведении различных рекламных кампаний в области медицины необходимо соблюдать морально-этические нормы, поскольку вопросы здоровья всегда вызывают у граждан особый интерес и любой рекламный носитель в том числе [2]. Таким образом, политика продвижения фармацевтических компаний всегда находится в поле зрения общества, это повышает требования к маркетологам, работающим в данной сфере.

Если рассмотреть, как построены маркетинговые коммуникации в одной крупной фармацевтической компании, которая занимается продвижением оригинальных европейских препаратов на территории Российской Федерации, можно отметить, что она задействует многие каналы коммуникации с конечными потребителями. Используются реклама с привлечением знаменитостей, активное участие в различных общественных и сугубо медицинских мероприятиях (конференции, выставки, круглые столы и т.п.),

продвижение в социальных сетях, диджитал-маркетинг. Особое направление коммуникаций – работа медицинских представителей фирмы по донесению информации о препаратах аптечным сотрудникам, врачам и руководителям учреждений здравоохранения. При этом строго соблюдаются принятые в стране морально-этические нормы.

Анализ работы фирмы, проведенный ее сотрудниками в августе 2019 года, показал, что основная проблема, с которой сталкивается компания – это более агрессивная маркетинговая деятельность со стороны конкурирующих фирм, как производящих препараты с другими действующими веществами, так и дженериков. Они больше представлены в аптечных сетях, в которых им выделены определенные полки, как правило, расположенные на уровне глаз потребителей, они более активно используют такой инструмент, как стимулирование сбыта, соответственно, им отдается предпочтение в рекомендациях, их рекламу чаще показывают по центральному телевидению.

Еще одна проблема, с которой столкнулась фирма и в данный момент пытается ее решить – это непроработанная система взаимодействия с медицинской общественностью. С момента основания компании в России, упор в работе был сделан на аптечные учреждения, и только год назад начали взаимодействовать с медицинскими сообществами. Все конкурирующие компании одновременно делали упор, как на аптечные сети, так и на медицинские сообщества, и тем самым обеспечили себе большую популярность среди врачей и аптечных работников. С другой стороны, ситуация, которая сложилась на фармацевтическом рынке, показывает, что, несмотря на активную рекламную кампанию [3], стимулирование сбыта, назначения врачей, потребителю еще сложно разобраться в преимуществах того или иного препарата и он в своем выборе, скорее всего, опирается на интуицию или обращается к кому-нибудь за советом, однако, в последнее время, все чаще, решающим фактором выступает цена препарата.

Отсюда можно сделать вывод - чтобы компания продолжала успешно развиваться на российском рынке, ей необходимо более активно бороться за внимание конечного потребителя, увеличить свое присутствие в аптечных сетях, охватить визитами большее количество врачей, и в том числе и узких специалистов, активнее принимать участие в выставках и конференциях, а также увеличить количество рекламных кампаний. Необходимо использовать новые инструменты продвижения, которыми еще не воспользовались конкурирующие фирмы.

Список литературы.

1. Котлер Ф. Маркетинг от А до Я//Альпина Паблишер - Москва, 2019. – С. 93-95
2. Бельских И.Е. Реклама лекарственных препаратов в фармацевтическом маркетинге// Маркетинг в России и за рубежом. - 2010. - №4. – С. 74-80
3. Евстратов А.В. Структурные параметры развития фармацевтического рынка РФ: закономерности и основные тенденции// Экономика: теория и практика. – 2014. - №4 (36). – С. 39-46.

УДК 61

### **ИНДУСТРИЯ КРАСОТЫ В СТОМАТОЛОГИИ: ТЕНДЕНЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ**

**Шестакова Ирина Валерьевна, Панжинская Владлена Вячеславовна,  
Никитина Алина Сергеевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

С внедрением новейшего оборудования, материалов, технологий и методов лечения в стоматологии появилась такая подотрасль, как эстетическая стоматология. В современном мире эстетика стала основным направлением стоматологического лечения, так как она играет ключевую роль в укреплении чувства благополучия пациента, признание своего статуса за счет мнения

людей, эмоциональной стабильности, удаче на работе и во взаимоотношениях. Теперь пациенты ориентированы больше на красоту зубов, чем на их здоровье и готовы платить любые деньги, чтобы выглядеть красиво, подчеркнуть свое благосостояние и уровень жизни.

Существуют разнообразные методы улучшения зубов: виниры, отбеливание зубов, исправление прикуса. Данные методы являются популярными на сегодняшний день.

Брекеты (англиц. от bracket «скобка») — сложные ортодонтические несъёмные конструкции (аппараты) для коррекции положения зубов человека при нарушениях прикуса и неровности зубного ряда.

Стоматологические виниры – это микропротезы из керамики или композитов, которыми облицовываются передние поверхности зубов, входящих в линию улыбки. Они позволяют корректировать нарушения формы и цвета зуба, а также защищают зубы.

Положительные и отрицательные свойства виниров.

Плюсы

-вининовые накладки из керамики имитируют поверхность эмали. Они в точности повторяют анатомическое строение зуба.

-накладки из керамики отлично выдерживают перепады температур.

-поверхность винира не подвергается окрашиванию, появлению пятен, помутнению или обесцвечиванию.

-высокая эстетика.

-устранение сколов, трещин эмали и других дефектов.

-благодаря винирам можно придать зубам особую белизну, не повредив при этом поверхности зубов, как это может произойти при отбеливании.

Минусы

-самый главный недостаток – это необратимость процедуры, то есть перед установкой винира, собственный зуб пациента подвергается препарированию.

-виниры не придают прочности зубам, так как достаточно хрупкие.

-зубы, на которые производится установка винир, предварительно препарировывают, в связи с чем, они уже никогда не смогут иметь свой первоначальный вид.

Виниры дают исключительно визуальный эффект. Их установка возможна только при небольших отклонениях от нормы. Что касается брекетов, то их задача состоит в исправлении кривизны, скученности и других дефектов зубного ряда.

Проанализируем цены на виниры и брекеты по их видам:

Таблица 1. Цены на виниры по России (за 1 зуб)

<b>Виниры</b>	<b>Цена в рублях</b>
Реставрационный винир	5000
Винир из фарфора	15000
Винир из циркония	18000
Голливудские виниры	16000
Керамические виниры	20 000

Таблица 2. Средний диапазон цены на брекеты по России:

<b>Виды брекет-систем</b>	<b>Стоимость</b>
По расположению:	
Вестибулярные	10 000-60 000 (в зависимости от материала)
Лингвальные	100 000-120 000
По материалу изготовления:	
Пластиковые	10 000
Металлические	25 000-35 000
Керамические	50 000
Сапфировые	60 000

По способу крепления:	
лигатурные	30 000-45 000 и больше (в зависимости от материала)
самолигирующие	25 000-30 000 и больше (в зависимости от материала)

Проанализировав цены на данные виды, можно сказать, что эти услуги являются дорогостоящими и не все могут воспользоваться ими даже при необходимости.

Также нами было произведено анкетирование, в котором приняло участие около 240 человек, проживающих в Волгоградской области. На основе полученных данных мы сделали выводы:

Каждый из опрошенных хотели бы установить виниры, причиной стали желтизна и искривление некоторых зубов (47,7%). Из полученных данных следует, что 55,6% готовы установить себе люминиры. Это зубные пластины из специальной керамики толщиной 0,2–0,3 миллиметра, не требующие препарирования т.е. предварительной обточки эмали перед установкой. Самым главным преимуществом винир лидирующее место в 47,6% занимает эстетичность. По данным опроса 42,8% респондентов готовы отдать за установку винир от 15 до 17 тыс. рублей. Также около 66,7% опрошиваемых готовы пожертвовать здоровьем своих зубов ради эстетики.

Исходя из данных проведенного опроса в ходе анализа проведенной работы, можем сделать вывод, что большее число опрошенных респондентов согласны воспользоваться данной услугой средней стоимости, которая принесет значительный ущерб здоровью ради красоты.

В ходе данного исследования был произведен анализ цен на винирование зубов и установку брекетов в разных городах:

Таблица 3. Цены на виниры в разных городах(1зуб)

Город	Цена(тыс. руб)
Ростов-на-Дону:	
1. Фарфоровые виниры	15 000
2. Керамические виниры	15 000
3. Циркониевые виниры	20 000
4. Голливудские виниры	25 000-32 000
Москва:	
1. Фарфоровые виниры	16 000
2. Керамические виниры	21 000
3. Циркониевые виниры	20 000
4. Голливудские виниры	39 000
Волгоград:	
1. Фарфоровые виниры	20 000
2. Керамические виниры	12 000
3. Циркониевые виниры	15 000
4. Голливудские виниры	39 000

Сравнивая цены на виниры в городах миллионниках, можно сказать, что самым дорогим является г. Москва, так как уровень жизни значительно выше, а самым оптимальным – г. Волгоград. Сопоставив прайс лист с анкетой, опрос которой был осуществлен по Волгоградской области, можно сказать, что большинство людей могут позволить установить керамические и циркониевые виниры, цена которых варьируется от 12 000 до 15 000 тыс.руб.

Таблица 4. Цены на брекеты(1 зубной ряд):

Город	Цена(тыс. руб)
Ростов-на-Дону:	
1. Металлические	От 22 500
2. Брекеты Damon	От 30 500
3. Лингвальные	От 125 000

Москва:	
1. Металлические	25 000
2. Керамические	30 000
3. БрекетыDamon	24 000
Волгоград:	
1. Металлические	20 000
2. Керамические	20 000
3. БрекетыDamon	40 000

Необходимо подчеркнуть, что самым оптимальным городом по цене, является Волгоград, но не для жителей самого города, так как уровень жизни ниже чем в Ростове и Москве. Сравнивая цены на установку брекетов и виниры, можно увидеть, что цены примерно одинаковы и не каждый может себе позволить такую дорогостоящую услугу.

Из данного анализа следует выделить, что не у всех людей есть средства для установки винир. Приобретение их и брекетов не входят в медицинское страхование и в перечень государственных услуг. Но есть некоторые способы, которые позволяют приобрести данные услуги:

1. Акции (оплатить работу врача, а взамен получить саму систему бесплатно или со скидкой);
2. Тестирование новых систем;
3. Пробные партии.

Брекеты могут быть установлены совершенно бесплатно под льготные условия, в которые попадают категории пациентов: сироты, дети с генетическими аномалиями челюсти и инвалидностью; пациенты, пострадавшие от некомпетентности медицинских специалистов; лица, деятельность которых напрямую связана с публичными выступлениями, руководитель может быть спонсором сотрудника.

Таким образом, исследуя индустрию красоты в стоматологии, было выявлено что люди хотят приобрести данные услуги для удовлетворения своих потребностей. Так как ценовая политика в г.Волгограде значительно ниже чем в других городах ,а качество оказываемых услуг не отличается, следует предположить, что люди из других городов будут приезжать в наш город за данными услугами.

Исходя из этого мы предложили такие мероприятия как:

1. Расширить перечень косметологических стоматологических услуг, которые не входят в программу государственного обеспечения населения услугами;
2. Финансировать программы государственных гарантий оказания населению стоматологических услуг;
3. Развивать страховую медицину.

Список литературы.

1. Экономика и управление здравоохранением: учебник / Л.Ю. Трушкина [и др.]. 4-е изд. Ростов/Д, 2005; Экономика здравоохранения / Г. М. Перфильева [и др.]; под ред. И.Н. Денисова. М., 2014.
2. Тогунов И.А. Теория управления рынком медицинских услуг: монография. Владимир, 2007.
3. Мисюлин С.С. Платные медицинские услуги в государственных учреждениях в современной системе здравоохранения // Вест. Росздравнадзора. 2014.
4. № 1. С. 24-29; Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2010; Поляков И.В., Чернов А.Е.,
5. Зеленская Т.М. Основные направления развития маркетинга медицинских услуг в коммерческих организациях / // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. № 3. С. 32 - 35;

6. Сластихина Е.Е., Шутова И.А. Формирование рынка медицинских услуг. Планирование деятельности медицинского учреждения // Экономика здравоохранения. 2014. № 10. С. 42-46. \_\_\_

7. Структура рынка платных медицинских услуг  
<http://finance24.su/2018/09/28/recept-zdorovogo-sprosa/>

8. Федеральная служба государственной статистики  
<https://www.gks.ru/>

**УДК 61**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДЕЦИНСКОЙ ОДЕЖДЫ**

**Никишина Яна**, студентка

**Кублин И.М.**, проф.

Россия, Саратовский социально-экономический институт  
(филиала) РЭУ им. Г.В. Плеханова,  
кафедра маркетинга, экономики предприятий и организаций

На сегодняшний день компания ОАО «Элит» имеет собственное производство, включающее этапы: разработки моделей, тестирования, изготовления, 4 канала сбыта: 89 магазинов розничной торговли. К оптовым клиентам можно отнести 430 компаний и ИП, которые работают в 180 городах РФ, Беларуси, Казахстана. Также существует такой канал сбыта как интернет-магазин, работающий с клиентами по всей России и странам Таможенного союза и канал B2C для работы с частными клиниками.

Продукция компании распределена на коллекции. В таблице 1 представлены данные по доле, которую занимает коллекция в общем обороте.

Таблица 1 – Доли коллекций в общем обороте

<b>Коллекции</b>	<b>Доля оборота от суммы (общая)</b>
Atkara	12%
Compliment	19%
Elit	26%
Elit Doc Classic	5%

Elit Doc Exclusive	2%
Elit Doc Safari	25%
MUBB	1%
Охурас	0%
Дюна	0%
Лайт Лайн	1%
Леон	4%
Молдова	2%
Носки	1%
Обувь предприятия	1%

Проведенные маркетинговые исследования показали, что на сегодняшний день основными розничными и оптовыми конкурентами являются:

– Модный Доктор - это самая разветвлённая розничная сеть в России – 83 города. Также есть торговые точки в Туркменистане, Казахстане, Узбекистане, Армении, Чехии, где реализация продукции производится через аптеку Витафарм. В составе сети 112 магазинов в России, из них 15 собственных (4 на стадии открытия), 9 магазинов в других странах. Компания занимается продажей франшизы. Сейчас пытается еще больше расширится на международный рынок. Недавно был открыт магазин в г. Хмельнице (Украина) под названием МодернДоктор. В 2019 году модернизируется сайт и меняется формат магазинов. Акции, как правило, однообразны – это скидки на отдельные модели обычно до 20%. При открытии дают дополнительную скидку 10% и угощения.

– Медикал Сервис – активно развивающийся конкурент, сейчас представлен в 5 крупных городах России – 14 магазинов. В основном использует интернет продвижение и СММ. Акционная политика демпинга – низкие цены и большие скидки, также за счет акций успешно переводит клиентов в свое приложение[3], делая в нем персонализированные скидки и устраивая всевозможные розыгрыши и конкурсы, последствие используя его

для рекламных рассылок, информирования о новинках и т.д., выстраивая тем самым тесные отношения с клиентом[2]. Наблюдается стремление заинтересовать покупателей открытостью и прозрачностью компании, а именно: выкладывая ролики с производства, делая трансляцию с фабрики, бекстейджи с фотосъемок, убеждают клиента в хорошем качестве товара за низкую стоимость[4].

– Арт-Лайн – розничная сеть представлена в 7 городах России – 17 магазинов. Модернизировали каталог на сайте, который теперь выглядит как LookBook. В акциях, как правило, анонсируют новые коллекции или пополнение старых, на это идет основной упор. Привлекают клиентов постоянным обновлением ассортимента. Так же есть предложение «специальная цена от АртЛайн», где представлены модели со скидками, но оно используется второстепенно.

– Медпрофессионал – представлен в 5 городах России – 5 магазинов. Достаточно молодая компания, на рынке с 2013 года. Направлена больше на молодую аудиторию. Имеет постоянные акции лояльности – скидка студентам и пенсионерам, скидка в день рождения и персональная скидка в инстаграм («отмечайте нас на фото – получайте код на скидку в директ»). Предоставляет уникальную услугу – “Личный портной”. Можно бесплатно подшить по фигуре приобретаемую одежду.

– Лечи красиво – представлен в 2 крупных городах – 5 магазинов (СПБ-3 магазина, МСК – 2магазина), активно развивают оптовое направление. Основной упор делается на продвижение статуса бренда, формирование в сознании покупателей себя как модного бренда с креативным подходом к созданию моделей уровня марки класса средней + и выше. Помимо основного каталога разработаны Lookbook-и по коллекциям в электронном виде, где модели обыграны в более выигрышном свете и имеют описание к ним. Крупные акции проводят редко, как правило, это скидки на некоторые модели

на сайте и в магазинах. Также используют конкурсы для привлечения аудитории в свой инстаграм. Заманивают покупателей за счет привлекательности самого продукта. Постоянная акция – при любой покупке в «Лечи Красиво» от 1000 рублей вы получаете открытку и автоматически участвуете в розыгрыше подарков!

– Doktors – представлены в 2 крупных городах – 3 магазина. Упор на создание имиджа модного бренда. Размещают рекламные статьи в таких журналах как Vogue, Harpers Bazaar. Но формат их магазинов при этом оставляет желать лучшего.

– Cameo – розничная сеть составляет 34 города – 58 магазинов. Активно используют интернет-продвижение, третированную баннерную рекламу, а также СММ. Акционные предложения – выходы новых коллекций и распродажа, но без активного анонсирования.

– Русский доктор – представлены в 5 городах России – 13 магазинов и 1 магазин в США. Компания представлена во всех социальных сетях. Является эксклюзивным представителем большинства мировых брендов: KOI (США); ORANGE STANDARD (США); BARCO Uniforms (США); White Cross (Канада); MAEVN (США); WonderWink (США); Med Couture (США); Med Couture GOLD (США); Peaches Uniforms (США); IguanaMED (США); BIO (США); JOCKEY (США); META (США); Fundamentals (США); Trust Your Journey (США); White Swan Brands (США); Crocs Scrubs (США); Green Scrubs (США); Nurse Mates (США); MDF Instruments (США); Infield (Германия) и другие). Более 160 салонов в 4 странах партнеров. Запущен параллельный бренд chefworks.ru для сегмента HORECA (общепит, сфера обслуживания) Ведется контекстная реклама в поисковых системах (Яндекс, Гугл).

– Pillbird – компания представлена одним магазином в г. Москва. Представительства PILL BIRD – 14 городов – 17 магазинов. Основная активность в социальных сетях. Сайт – не рабочий, сделан только под новую

коллекцию. Основной упор делается на продвижение статуса бренда, ориентированы на все возрастные категории.

Следует отметить, что на данном рынке присутствуют отдельные небольшие компании, которые развиваются на региональном уровне без тенденции выхода на федеральный рынок.

Проведенные маркетинговые исследования показали, что результатом изменения системы здравоохранения стала «массовая ликвидация и укрупнение медицинских учреждений, постоянное сокращение медицинского персонала». Как следует из данных центра информации Росстата, с конца 2000 года по конец 2018-го количество больниц сократилось с 10 700 до 5 400, число больничных коек – с 1 671 000 до 1 197 000, количество поликлиник – с 21 300 до 19 100. По данным Росстата, количество станций скорой помощи за анализируемый период сократилось с 3 172 до 2 458.

Стоит отметить, что на фоне сокращения медучреждений количество обращений в них не только не сократилось, но даже выросло. Например, число посещений поликлиник за 16 лет возросло с 3,5 млн. до 3,9 млн. в год, а в расчете на 10 тыс. человек – с 243 до 266. Выросла и заболеваемость – со 106 тыс. в 2000 году до 115 тыс. в 2016 году (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни).

Что касается медицинского персонала, его количество действительно чуть сократилось за 15 лет (на 7 тысяч человек), однако в 2016 году вернулось на уровень 2000 года – около 680 тыс. человек. Чуть снизился к 2018 году лишь показатель численности врачей на 10 тыс. человек населения (очевидно, в связи с ростом населения) – с 46,8 до 46,4 работников. Но поскольку это снижение сложно назвать существенным, говорить о глобальном сокращении медперсонала неуместно.

Так, например, государственные расходы на здравоохранение в 2016 году по сравнению с 2014 годом сократились в сопоставимых ценах на 15%. С 2011 по 2015 год врачей стало меньше на 14 %, коек – на 21 %. Натуральный объем

бюджетного сектора продолжит снижаться, в том числе из-за перехода к одноканальному финансированию из средств ОМС.

По расчетам ВШОУЗ, расходы «Фонда ОМС» упали в 2017 году почти на 5% в сопоставимых ценах. Недоступность медицинских госуслуг подтолкнет потребителей либо отказаться от лечения, либо обратиться за платной очной или онлайн-консультацией.

Частная медицина, работающая исключительно на внутреннего российского потребителя, выросла. По данным агентства BusinessStat, в прошлом году медицинский рынок в целом прибавил 4,7 % и перешагнул планку в 2,2 трлн. рублей.

Объем платных медицинских услуг увеличился с 425 млрд. в 2010 году до 672 млрд. рублей в 2015 году, свидетельствует обзор «РБК. Исследования рынков». И хотя лечиться за деньги можно и в государственном или теневом секторах, максимальный прирост дает именно легальный коммерческий сегмент.

Тенденции роста конкуренции среди производителей медицинской одежды и общее снижение покупательской активности приводит к сужению спроса на продукцию премиум-класса[1]. К тому же набирает популярность тенденция производства продукции понапе, так как новое поколение потребителей менее привязано к какому-либо бренду.

Также нельзя упускать из вида возможность развития рынка аренды медицинской и специальной одежды, а также направления выдачи медицинской одежды на прокат. Проведенные маркетинговые исследования показали, что на сегодняшний день на рынке аренды текстильных изделий порядка 4 – 6 крупных игроков. Доля сектора аренды в настоящий момент составляет 2% от всего Российского рынка спецодежды, оцениваемого в 150 млрд. рублей, в то время как в Европе эта доля составляет до 80 %. Это означает, что у рынка аренды спецодежды есть потенциал развития. Сдерживающим фактором выхода на данный рынок может послужить

достаточно высокая стоимость инвестиций, составляющая, по мнению участников, порядка 20 млн. долларов. Однако не следует исключать перспектив появления и развития небольших предприятий, оказывающих услуги по аренде и прокату специальной одежды.

Список литературы.

1. Аракелова И.В., Кублин И.М. Маркетинг лояльности – инновационная концепция современного маркетинга//Актуальные проблемы экономики и менеджмента.2014.№3(03).С.42-47.

2. Жумабаева Д.П., Плеханов С.В. Современные проблемы конкурентоспособности предприятий//Социальные науки.2019. №1(24).С.18-25.

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. Мангушева Е.В. Глобальные тренды инновационного развития экономики //Социальные науки.2015.№6(9).С.43-50.

УДК 338.48

## **К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В РФ**

**Оганнисян Лилия Сергеевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд.экон.наук. Днепровская И.В.

В условиях современного мирового хозяйства происходит стремительное развитие медицинского туризма. Однако, в РФ данная сфера находится на стадии становления. В последнее время, в России наблюдается высокий прирост численности туристов, стремящихся получить высококвалифицированную медицинскую помощь. Отечественные врачи по

праву считаются одними из лучших специалистов в мире. Положительная динамика в сфере медицинского туризма отмечена экспертным порталом [intmedtourism.com](http://intmedtourism.com), включившим Россию в список стран, где можно получить качественную и относительно недорогую медицинскую помощь.

Хотелось бы отметить, что по данным Всемирной туристской организации ООН, по показателю потенциала оздоровительного туризма Россия занимает пятое место в мире, однако по реальному уровню развития рынка занимает лишь 59-е. [1]

Цель данной работы – исследовать возможности развития медицинского туризма, в РФ, в том числе по предоставлению стоматологических услуг.

Медицинский туризм включает в себя предоставление услуг за пределами постоянного места проживания туристов. Следует отметить, что в настоящее время Министерство здравоохранения разрабатывает стратегические проекты, способные развивать и совершенствовать медицинский туризм в РФ и устранять возникающие барьеры на пути привлечения иностранных пациентов. В основе конкурентных преимуществ – стоимость лечения. В России, при сопоставимом качестве, она в два или три раза меньше, чем за границей.

Так, в Германии за полное диагностическое обследование придется заплатить от 1,5 до 15 тыс. евро; в Израиле - от 4,6 до 6 тыс. евро, в то время как в России подобная услуга стоит около 380 – 1200 долл. За операцию по коронарному шунтированию пациент в США заплатит от 55 до 130 тыс. евро, а в России около 3 - 3,5 тыс долл. Лазерная коррекция зрения в США стоит 4 - 5 тыс долл., а в России около 300 – 600 долл. Курс стереотаксической лучевой терапии на установке «КиберНож» в Германии обойдется пациенту в среднем в 15 - 20 тыс. евро, в США - от 20 до 200 тыс долл., а в отечественных клиниках около 280 - 300 тыс рублей. [2]

Количество иностранцев, приезжающих в Россию на лечение, за последние два года увеличилось почти в два раза. В 2017-18 годах, по данным Российской ассоциации медицинского туризма, страну посетило почти 20 000

медицинских туристов. Минздрав планирует увеличить это число до 500 000 человек в год. В основном это пациенты из стран СНГ, на их долю приходится более 70% из всего потока медицинских туристов, а именно: около 13% составляют жители Прибалтики и стран Северной Европы, 10% - туристы из Центральной Европы, Юго-Западной Азии и Китая. [3]

По данным экспертно-аналитического центра РАНХиГС, самым популярным направлением медицинского туризма в прошлом году стала стоматология, охватившая 44% иностранцев, посетивших нашу страну с целью медицинского туризма. В отечественных стоматологических клиниках проходили лечение преимущественно граждане Китая, Южной Кореи, Японии и Вьетнама. В данном исследовании также отмечено, что наиболее популярным в том контексте являются стоматологические учреждения Воронежа, Рязани и Владимира. К основным направлениям медицинского стоматологического туризма можно отнести лечение кариеса, отбеливание зубов, протезирование, пародонтологию, ортодонтию, имплантацию. [4]

Таким образом, для стимулирования дальнейшего роста туристического потока с целью оказания стоматологических услуг необходимо обеспечить следующие условия:

1) разработка и внедрение специальных стоматологических виз для иностранных пациентов и их родственников;

2) обеспечение работы отечественных учреждений на уровне международных стандартов;

3) предоставление комфортных условий проживания пациентам и сопровождающим лицам, включая предприятия общественного питания, организации реабилитационной направленности, различные места для интересного времяпровождения и отдыха (театры, кино, парки) и прочие возможности комфортабилитировать иностранного гражданина за пределами его места жительства;

4) организация удобной транспортной инфраструктуры, например, достаточное количество выделенных автобусов для комфортного передвижения до места назначения и т.д.

Выполнение данного комплекса мер позволит активизировать развитие медицинского туризма на государственном уровне, расширить и вовлечь в данный проект как можно больше стоматологических учреждений, что также положительно отразится на экономике страны в целом.

Список литературы.

1. Всемирная туристская организация UNWTO [электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284419029> (дата обращения: 25.09.19)
2. Журнал Forbes (российская редакция) [электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: <https://www.forbes.ru/biznes/355967-lechitsya-v-rossii-est-li-perspektivu-u-medicinskogo-turizma> (дата обращения: 25.09.19)
3. Полнотекстовая база данных лучших статей деловой российской и иностранной прессы *Polpred.com* Обзор СМИ [электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: [https://polpred.com/?ns=1&ns\\_id=2466489](https://polpred.com/?ns=1&ns_id=2466489) (дата обращения: 25.09.19)
4. Мультимедийный портал IZ.RU [электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: <https://iz.ru/725596/evgeniia-pertceva-inna-grigoreva/inostrantcy-edut-lechit-zuby-v-rossiiu> (дата обращения: 25.09.19)

УДК 338.48

## **ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ИНОСТРАННОГО ТУРИЗМА В МИРОВОЙ ЭКОНОМИКЕ**

**Сергеев Роман Владимирович**

Студент лечебного факультета

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд.экон.наук Днепровская И.В.

В современной мировой экономике можно наблюдать устойчивый рост показателей такой сферы как медицинский туризм. Это обусловлено тем, что негативные последствия жизни в мегаполисах приводят к снижению функциональных возможностей человеческого организма, ухудшению работы важнейших систем его жизнеобеспечения. Современный человек, живущий в неблагоприятной экологической обстановке, постоянно испытывает стрессовые нагрузки, что приводит различным заболеваниям.

Целью исследования является изучение тенденций развития медицинского туризма в мировой экономике.

Под медицинским туризмом следует понимать поездки в другую страну с целью получения инновационных, высокотехнологичных медицинских услуг, использующих современное оборудование. Согласно данным компании Euromonitor International, являющейся одним из лидеров среди независимых компаний, специализирующихся в области международных стратегических исследований потребительских рынков, рынок медицинского туризма вырос в 2017 г. более чем на 4 %, в то время как мировой ВВП – на 3,5 %. Доходы от медицинского туризма в 2017 г. составили 15 млрд долларов, а от оздоровительного туризма – 40 млрд долларов. По прогнозам Euromonitor International в ближайшие пять лет эти доходы вырастут ещё примерно на треть [1].

Туристов, стремящихся получить медицинские услуги, привлекают как развитые, так и развивающиеся страны. Если в первой группе стран

медицинскую помощь стремятся получить более обеспеченные люди, то развивающиеся страны привлекают стоимостью оказываемых медицинских услуг.

Таким образом, высокие цены иногда делают недоступной квалифицированную медицинскую помощь для граждан развитых стран. Так, у значительного количества граждан США лечение тяжелых заболеваний медицинской страховкой не покрывается. Следовательно, целый ряд граждан развитых стран стремится получить лечение в развивающихся странах, так как разница в цене на определенные виды услуг может достигать более 80%.

Согласно данным Ассоциации медицинского туризма решающими факторами при выборе страны лечения являются стоимость медицинского обслуживания (61 %) и качество медицинского обслуживания (21 %). В числе прочих факторов называются такие как безопасность страны пребывания, географическая близость, с которой напрямую связаны расходы на транспорт, культурная близость и отсутствие языкового барьера, развитость туристической инфраструктуры. Согласно «Индексу медицинского туризма» (МТИ), разработанному Международным исследовательским центром здравоохранения, среди пятёрки стран-лидеров по медицинскому туризму присутствуют как Израиль, Великобритания и Канада, так и Индия и Сингапур [1].

В пределах мировой экономики наибольший спрос на услуги медицинского туризма предъявляют граждане Китая, оттеснившие США на второе место. Предполагается, что и в будущем Китай будет оставаться крупнейшим потребителем услуг медицинского туризма. Россия в настоящее время является как крупным потребителем, так и крупным производителем услуг медицинского туризма. По данным Минздрава, в 2016 г. Россию посетили с целью лечения более 66 тысяч иностранных граждан, а их расходы составили примерно более 1,5 млрд руб. В 2017 г. был отмечен рост данного показателя до более чем 110 тысяч человек. Основной туристический поток с

целью получения медицинских услуг в РФ приходится на жителей бывших республик Советского Союза, среди которых около 60 % граждане стран Центральной Азии [1].

Согласно статистике Российской ассоциации медицинского туризма (АОММТ), наиболее востребованными среди иностранных туристов являются такие медицинские услуги как стоматология, гинекология и урология, пластическая хирургия, офтальмология, кардиология, микрохирургия глаза и ортопедия. При этом иностранные пациенты проходят лечение как в государственных (онкология, офтальмология, сердечно-сосудистая хирургия и нейрохирургия), так и в частных клиниках (стоматология, гинекология и вспомогательные репродуктивные технологии, пластическая хирургия). В настоящее время более 80% потока медицинского туризма приходится на Москву и Санкт-Петербург, однако многие регионы страны уже ведут активную работу по привлечению иностранных туристов на свои территории.

К основным проблемам, ограничивающим приток иностранных туристов в РФ, относятся:

1. сложность с получением высокотехнологичной помощи, т.к. требуется большое количество согласований на разных уровнях;
2. несмотря на то, что российские врачи владеют всеми техниками, для пересадки костного мозга или трансплантации органов необходимо также инновационное медицинское оборудование;
3. в большинстве зарубежных клиник созданы лучшие условия пребывания, что также сказывается на выборе туристов.

Учитывая все вышесказанное, необходимо приложить все усилия, чтобы медицинский туризм в России успешно развивался, так как данная сфера может стать значительной статьей поступления доходов в бюджеты регионов, а также способствовать созданию новых рабочих мест в отрасли. Кроме того, медицинский туризм предполагает инвестиции в науку, образование, а также переоснащение современным оборудованием медицинских учреждений.

УДК 339.138

## **МАРКЕТИНГ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Зейналлы Рафаэль Риза оглы,**

**Поздняк Екатерина Вадимовна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: ст.преп., Ситникова С.Е.

В процессе управления персоналом медицинского учреждения, при покупке различных лекарственных средств и специализированного медицинского оборудования руководитель медицинского учреждения занимается маркетингом. По этой причине необходимо знать, что представляет собой рынок в здравоохранении и каковы его запросы. В связи с этим полезно обратиться к методам реализации маркетинга на практике, которые применяются в государственных и частных медицинских учреждениях Российской Федерации [1].

Целью исследования является выявления составных элементов медицинского маркетинга, наиболее востребованных для государственных и частных медицинских учреждений, установление степени их влияния и значимости для потенциальных потребителей медицинских услуг.

Исследование проводилось на основе анализа деятельности государственных и частных медицинских учреждений г. Волгограда на собственных web-сайтах, а также в социальной сети «Instagram».

Обратившись к социальным сетям государственных и частных учреждений медицинского характера, нами были выявлены следующие факты: частные медицинские учреждения чаще используют в продвижении своих услуг ознакомительные видео-ролики (1 видео-ролик на 10 публикаций, в государственных учреждениях - 1 видео-ролик на 20-25 публикаций); для частных учреждений характерно наличие пиар-отдела, в обязанности которого входит ведение социальных сетей; в государственных медицинских

учреждениях наиболее популярна новостная направленность, т.е. информирование населения о достижениях мировой медицины (около 30% подписчиков чаще реагируют именно на подобные публикации); частные клиники чаще информируют потенциальных клиентов о графиках работы тех или иных специалистов; для государственных учреждений характерна непостоянная, спонтанная активность в социальных сетях. На основе проведенного нами исследования, мы выявили составные элементы медицинского маркетинга, к которым обращаются и государственные, и частные медицинские учреждения: изучение пациентов, т.е. потребителей услуг (определение возрастного ценза потенциальных клиентов, их потребностей в тех или иных услугах, реакцию на предлагаемые цены); изучение конкурентов (выявление их преимуществ и недостатков, анализ ценового диапазона); исследование рекламной деятельности (выявление наиболее интересной тематики для пользователей); наблюдение за поведением потребителей медицинских услуг (скорость и качество обратной связи, повторное обращение)[2].

В проводимом научном исследовании мы основывались на сравнительном анализе, в ходе которого были изучены сайты российских и зарубежных медицинских организаций, считающихся одними из самых востребованных, и определены направления их совершенствования в соответствии с потребностями современного пациента. В ходе работы нами были выявлены аспекты, которым необходимо уделить особое внимание в процессе создания web-сайтов отечественных медицинских организаций. Разработчикам подобных инструментов необходимо: помнить о необходимости обеспечения доступного перехода из основной версии сайта в мобильную; позаботиться о разработке приложения, доступного для различных операционных систем мобильных устройств; наладить функционирование online-консультанта, который оперативно сможет отвечать на все интересующие потенциальных клиентов вопросы.

На основе имеющихся данных о деятельности государственных и частных медицинских учреждений г. Волгограда на web-сайтах, а также в социальной сети «Instagram», можно сделать вывод о том, что в современном мире для медицинских учреждений использование маркетинговых инструментов на практике весьма востребовано. Элементы медицинского маркетинга приобретают высокую значимость как для поставщика медицинских услуг, так и для потенциального потребителя.

#### Список литературы

1. Акопян А. Маркетинговая деятельность и логистика на медико-фармацевтическом рынке. // Маркетинг. – 2017. – № 3. – С. 84-89.
2. Алексунин В.А. Медицинские услуги: специальные маркетинговые исследования. // Маркетинг и маркетинговые исследования. – 2018. – № 5 (59). – С. 53-57.

УДК 658.8

### **НОВЫЕ АСПЕКТЫ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

<sup>1</sup>**Аракелова Ирина Владимировна**, канд.экон.наук, доц.

<sup>2</sup>**Брамник Игорь Владимирович** заместитель главного врача по лечебной части», врач высшей категории.

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,

<sup>1</sup>кафедра экономики и менеджмента,

<sup>2</sup>ГУЗ «Клиническая больница №4 г. Волгограда.

Медицинские услуги - социально-значимая сфера, где уже сложились и устоялись правила и законы, определяющие пациентоцентричную (клиентоцентричную) модель управления организацией. Более того, многое регламентировано на законодательном уровне в федеральных законах: «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» [1], «О рекламе» [2]. Национальный проект «Здоровье» определяет целевые показатели для развития здравоохранения, а именно «охват всех граждан профилактическими

медицинскими осмотрами; обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций; оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу» [3, с.3,4]. Несмотря на такую серьезную проработку вопроса, отрасль нуждается в практическом маркетинге. В этом случае цель маркетинга имеет этические нормы и правила.

Маркетинг в сфере медицинских услуг включает в себя концепцию социально-этического маркетинга и маркетинга отношений (ключевое – формирование и удержание лояльности пациентов к медицинской организации). Что это означает на практике ?

Концепция социально-этического маркетинга предполагает ответственность медицинской организации за предоставляемые услуги; правдивость и достоверность рекламы медицинских услуг учреждения, информации о квалификации медицинского персонала; экологичность, предполагающая, что медицинская организация заботится об окружающей среде посредством минимизации загрязнений в процессе своей деятельности.

Концепция маркетинга отношений направлена на создание экосистемы медицинской организации, связанной с формированием и поддержанием связей, отношений внутри учреждения (внутренние клиенты организации: медицинский персонал, административно-управленческий персонал и др.), с пациентами и стратегическими партнерами.

По мнению [4,с.12] целью маркетинга медицинских услуг являются прогнозы развития профилактических и лечебных услуг населению, разработка стратегии оказания медико-санитарной помощи, а также решение проблем для создания новых видов медицинских услуг, медицинских товаров для удовлетворения возникающего спроса потребителей. В этом контексте основными задачами маркетинга медицинских услуг являются: 1)

формирование у населения потребности быть здоровым, а также мотивации к ведению здорового образа жизни; 2) укрепление здоровья и профилактика заболеваний; 3) создание доверия, лояльности в отношениях «врач-пациент», «пациент-медицинская организация»; 4) экономическая эффективность деятельности медицинской организации. Заявленные в Нацпроекте целевые показатели предполагают использование новых информационных технологий, применение инструментов и методов цифрового маркетинга. Телемедицина, возможность дистанционной записи на прием к врачу, использование SEO и SMM-инструментов в продвижении на рынке медицинских услуг. Например, создание аккаунтов медицинского учреждения в социальных сетях, которыми пользуется целевая аудитория: Instagram, Facebook, Одноклассники, позволяет ускорить путь прохождения от потенциального пациента к лояльному в один клик. Безусловно, продвижение в указанных сетях требует наличия профессиональных маркетинговых компетенций и навыков в работе специалиста с целевой аудиторией, а также понимания особенностей медицинской сферы деятельности, ориентированной, прежде всего, на социальную, медицинскую эффективность и только потом на экономическую. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что медицинские организации активно и успешно используют SEO, SMM стратегии для формирования прозрачности своей деятельности, доверия пациентов. Результатом является положительная репутация медицинской организации, продвижение ее услуг, лояльность пациентов, достигаемые в короткие сроки и, как следствие, экономическая эффективность деятельности.

Подводя итог, отметим, что в условиях цифровой трансформации все более актуальным станет цифровой маркетинг медицинских услуг и организаций. Поскольку формируются важные тренды: использование интернет ресурсов разных каналов (digital-коммуникации), а также проблема формирования позитивного клиентского опыта и этического взаимодействия пациента с медицинской организацией. Смещение фокуса населения с лечения

на инвестиции в здоровье будет менять потребительское поведение в ближайшие годы.

Список литературы.

- 1 Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o>
- 2 Федеральный закон РФ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе». [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_58968/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/)
- 3 Паспорт Национального проекта «Здравоохранение». [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf>
- 4 Маркетинг в здравоохранении: учеб.-метод. пособие для студентов 4 курса медико-диагностического факультета медицинских вузов / А. М. Островский, Т. М. Шаршакова. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 52 с.

## **СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

УДК 796:615.2/.3:301

### **ФОРМИРОВАНИЕ НУЛЕВОЙ ТЕРПИМОСТИ К ПРИМЕНЕНИЮ ЗАПРЕЩЁННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА**

**Вершинин Евгений Геннадиевич**, канд.мед.наук, доц.,  
**Мандриков Виктор Борисович**, д-р пед.наук, проф.,  
**Деларю Владимир Владимирович**, канд. мед.наук, д-р соц.наук, проф  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Цель. Изучить отношение к применению запрещенных препаратов («допинга») в спортивной среде в контексте принципа нулевой терпимости к данному негативному явлению.

Материалы и методы. Анкетирование 2069 учащихся 7-10-х классов, 120 врачей спортивной медицины, 89 тренеров и 197 действующих спортсменов в возрасте 18 лет и старше.

Результаты. 11,8% подростков одобрили возможное применение запрещенных препаратов спортсменами; 18,5% сомневались в приемлемости такого подхода; 56,4% отрицали его и 13,3% затруднились ответить. 7,5% врачей думали, что для улучшения своих спортивных результатов не менее половины спортсменов начинает принимать данные препараты; 23,3% считали, что так поступают 20-30%; 20,0% - что около 10% и 29,2% - что только отдельные спортсмены (остальные 20,0% специалистов затруднились ответить). По мнению 5,6% тренеров на определённом этапе спортивной карьеры можно принимать не только разрешенные, но и запрещенные препараты, чтобы показать как можно более лучшие результаты, сомневались в этом 18,0% и отрицали – 66,3% (10,1% затруднились ответить). Среди действующих

спортсменов с тем, что на определённом этапе спортивной карьеры оправдано применение не только разрешенных, но и запрещенных препаратов были согласны 17,2%, сомневались в этом 23,4% и отрицательное отношение высказали 55,3% (4,1% затруднились ответить).

**Заключение.** Сделан вывод о том, что применение спортсменами запрещенных препаратов имеет определённую поддержку в спортивной среде. Для формирования нулевой терпимости к их применению необходимо не только активизировать «разъяснительно-профилактических» мероприятия, но и ужесточить антидопинговый контроль на молодёжных региональных и всероссийских соревнованиях.

**Ключевые слова:** применение запрещенных препаратов в спорте, анкетирование старшеклассников, врачей, тренеров, спортсменов.

## **CREATING ZERO TOLERANCE OF ILLICIT DRUGS AS AN URGENT ISSUE IN TRAINING OF OLYMPIC RESERVE**

E.G. Vershinin, V.B. Mandrikov, V.V. Delarue

Volograd State Medical University, Volgograd, Russia

**The Aim** is to study the attitude to consumption of illicit drugs (doping) in the sports community in the context of zero tolerance of this negative practice.

**Materials and methods.** A questionnaire survey of 2069 schoolchildren of 7<sup>th</sup> to 10<sup>th</sup> grade, 120 sports medicine physicians, 89 coaches, and 129 active athletes aged 18 and older was conducted.

**Results.** 11.8% of teenagers expressed an approval of possible use of illicit drugs by sportsmen; 18.5% doubted the acceptability of this practice; 56.4% condemned it, and 13.3% were undecided. 7.5% of physicians believed that no less than one half of sportsmen begin to take these drugs to enhance their performance; 23.3% believed that 20–30% do so; 20% – that about 10% do so, and 29.2% said that individual sportsmen do so (the remaining 20.0% of specialists were not sure). According to 5.6% of coaches, at a certain stage of one's career one can take both

approved and illicit drugs so as to show the best results; 18.0% were doubtful about that, and 66.3% condemned the approach (10.1% were not sure). Among active sportsmen 17.2% agreed that at a certain stage of one's career in sports it is justifiable to take both approved and illicit drugs; 23.4% were doubtful about that, and 55.3% condemned the approach (4.1% were not sure).

**Conclusion.** We can conclude that taking of illicit drugs by sportsmen enjoys certain support in the sports community. To create zero tolerance of their consumption one should both optimize the awareness-building efforts, and toughen the anti-doping control at regional and federal youth competitions.

*Key words:* illicit drug taking in sports, questionnaire survey of senior schoolchildren, physicians, coaches, sportsmen.

Введение. 2016-2017 гг. ознаменовались чередой громких международных скандалов, связанных с употреблением российскими спортсменами запрещенных препаратов («допинга»). Итогом стало крайне ограниченное количество отечественных спортсменов, допущенных к участию в XXXI летних Олимпийских играх в Рио-де-Жанейро, отстранение от Паралимпийских игр в Рио-де-Жанейро всей сборной России, а также последующие публично обнародованные факты применения запрещенных препаратов рядом российских чемпионов и призёров на предыдущих Олимпийских играх, чемпионатах мира и Европы с аннулированием их достижений. Использование запрещённых препаратов однозначно противоречит принципам олимпизма [1].

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 10.07.2017г. № 1456-р утверждён «Комплекс мер по реализации Национального плана борьбы с допингом в российском спорте, принятого Независимой общественной антидопинговой комиссией 1 февраля 2017», который в концептуальном плане предполагает реализацию принципа нулевой терпимости к применению запрещённых препаратов, т.е. формирование политики нетерпимости к этому

явлению, при которых формально смягчающие обстоятельства (типа «это было выявление первого случая»), не принимаются во внимание [2].

С другой стороны, в настоящее время применение разрешенных препаратов - различных витаминно-минеральных комплексов, биологически активных добавок и других - для улучшения психофизиологических возможностей организма является легализованной, социально одобряемой практикой, представляя собой неотъемлемую часть подготовки высококвалифицированных спортсменов [3-17, 22], которая нередко начинается уже в детском возрасте [18, 19] и психологически облегчает принятие решения об использовании более «сильных» (и запрещенных) препаратов.

Цель. Изучить отношение к применению запрещенных препаратов («допинга») в спортивной среде в контексте принципа нулевой терпимости к данному негативному явлению.

Материалы и методы. Было проведено анонимное анкетирование:

- 2069 учащихся 7-10-х классов города Волгограда (выборки учащихся представляют собой сплошные выборки в соответствующих классах школ; школы отобраны по случайному принципу). Мальчиков было 935 человек (45,2%), девочек - 1134 (54,8%); учащихся 7-8-х классов - 1098 человек (53,1%), 9-10-х классов - 971 (46,9%).

- 120 работающих в Волгоградском областном клиническом центре медицинской реабилитации и его 6-ти филиалах в области врачей спортивной медицины (сплошные выборки); со стажем до 10-ти в профессии было 65 человек (54,2%), 10 лет и более - 55 (45,8%).

- 89 тренеров (гнездовые сплошные выборки); со стажем до 10-ти в профессии было 47 человек (52,8%), 10 лет и более - 42 (47,2%); мужчин было 54 (60,7%), женщин - 35 человек (39,3%).

197 действующих спортсменов в возрасте 18 лет и старше (гнездовые сплошные выборки); I спортивный разряд имели 34 человека (17,3%),

кандидатов в мастера спорта было 97 (49,2%), мастеров спорта - 66 (33,5%); в возрасте до 25 лет было 163 человека (82,7%), 25 лет и старше - 34 (17,3%).

Статистическая обработка полученных результатов была произведена с использованием статистического пакета STATISTICA (StatSoft, Tulsa, USA, 2010). Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ .

Целесообразность оценки мнений подростков о применении запрещённых препаратов определилась тем, что многие из них активно занимаются спортом (62,5% в выборке), информированы относительно «спортивных и около спортивных» явлений, открыто обсуждают их со сверстниками, причем определённая часть подростков достигает существенных успехов (в частности, 2,1% имели звание кандидатов в мастера спорта или мастера спорта) и ориентируется на спорт как на свою будущую профессиональную деятельность, очень престижную в данной возрастной группе [19]. С другой стороны, формирующиеся в 12-16 лет (в том числе и под влиянием сверстников) этико-правовые представления во многом определяют последующие установки, взгляды, ценности и т.д. [18, 20, 21].

Результаты. По мнению 15,6% подростков не менее половины спортсменов принимают запрещённые препараты, чтобы улучшить свои спортивные результаты; 22,6% считали, что так поступают 20-30%; 28,7% - что около 10%; 18,0% - что только отдельные спортсмены (остальные 14,9% подростков затруднились ответить). С тем, что на определённом этапе спортивной карьеры можно принимать запрещённые препараты, чтобы показать как можно более лучшие результаты (особенно, если «так делают другие и это дают им преимущество», «на соревнованиях проверки не будет»; «без приёма таких препаратов и методов улучшить результаты не получается» и т.п.) были согласны 11,8% подростков. В выделенных возрастных группах данную точку зрения высказали близкое количество подростков (13,6% среди 13-14-ти летних и 10,0% среди 15-16-ти летних); мальчиков было в 2,5 раза

больше девочек (17,6% против 7,2%), однако сомневались в приемлемости данного подхода («допустимо применять запрещённые препараты») 18,5% подростков; чаще это были девочки (20,6% против 16,0% среди мальчиков; ( $\chi^2 = 75,25077$ ;  $df=3$ ;  $p=0,000001$ )). Отрицали допустимость приёма запрещённых препаратов 56,4% подростков. Чаще такую точку зрения высказывали 15-16-ти летние подростки (61,1% против 52,2% среди 13-14-ти летних; ( $\chi^2 = 17,58779$ ;  $df=3$ ;  $p=0,00053$ )); влияние гендерного фактора не было выявлено (остальные 13,3% затруднились ответить).

Таким образом, в представлениях подростков приём запрещённых препаратов спортсменами достаточно распространённая практика, но её однозначно осуждающая оценка («табу») отсутствует.

Среди врачей спортивной медицины с утверждением, что «в настоящее время наблюдается необоснованно большой приём спортсменами самых различных препаратов», 26,7% были безусловно согласны, а 40,8% были скорее согласны, чем не согласны, В тоже время всего 9,2% были скорее не согласны, чем согласны и 5,0% полностью не согласны (18,3% затруднились ответить). Относительно же запрещённых препаратов, 7,5% врачей думали, что для улучшения своих спортивных результатов не менее половины спортсменов начинает их принимать; 23,3% считали, что так поступают 20-30%; 20,0% - что около 10% и 29,2% - что только отдельные спортсмены (остальные 20,0% специалистов затруднились ответить). При этом 3,3% врачей ответили, что в их практике достаточно часты случаи, когда спортсмены спрашивают у них совета, как скрыть приём тех или иных запрещённых препаратов; 21,7% встречаются с подобной ситуацией периодически и 59,2% - крайне редко или никогда (15,8% затруднились ответить).

Фактически, ответы интровертированных в рассматриваемую ситуацию представителей медицины, свидетельствуют о том, что применение запрещённых препаратов не может рассматриваться как отдельные, единичные случаи, а носит более системный характер.

Среди тренеров 78,7% согласились с тем, что в настоящее время наблюдается необоснованно большой приём спортсменами различных препаратов, направленных на улучшение психофизиологических возможностей организма (32,6% были «безусловно, согласны», 46,1% «скорее согласны, чем не согласны»), 21,3% затруднились ответить и никто из респондентов не выразил своего несогласия с данным утверждением. То, что на определённом этапе спортивной карьеры можно принимать не только разрешённых препаратов, но и запрещённых препаратов, чтобы показать как можно более лучшие результаты, были согласны 5,6% тренеров, сомневались в этом 18,0% и отрицали – 66,3% (10,1% затруднились ответить).

В целом, большинство тренеров, которые преимущественно являются бывшими спортсменами-профессионалами, продекларировало своё отрицательное отношение к применению запрещённых препаратов, но, тем не менее, есть и сторонники их использования. При этом обращает на себя внимание то, что фактически каждый четвёртый специалист выбрал «уклончивый» ответ («сомневаюсь в этом» или «затрудняюсь ответить»), что во многом предполагает их «позитивно-скрытое» отношение к данной публично осуждаемой социальной практике.

Среди действующих спортсменов с тем, что на определённом этапе спортивной карьеры оправдано применение не только разрешённых препаратов, но и запрещённых препаратов для достижения наиболее высоких результатов были согласны 17,2% (20,1% среди мужчин и 12,8% среди женщин), сомневались в этом 23,4% и отрицательное отношение высказали 55,3% (4,1% затруднились ответить); ответы на данный («косвенный») вопрос можно интерпретировать и как проецирование на себя соответствующей ситуации [1, 21].

Ответы действующих спортсменов продемонстрировали их более позитивное отношение к приёму запрещённых препаратов по сравнению с тренерами (хотя позиции представителей данных социальных групп и были

достаточно схожи). Таким образом, проведенное исследование показало, что применение спортсменами запрещённых препаратов имеет определённую поддержку в спортивной среде. Об этом, в первую очередь, свидетельствует то, что считают это приемлемыми 17,2% спортсменов и 5,6% тренеров, при этом еще почти каждый четвёртый даёт «неопределённо-уклончивый» ответ. Учитывая то, что речь идёт о запрещенной и публично осуждаемой (к тому же тщательно скрываемой) практике, правомерно предполагать, что число её сторонников среди спортсменов и тренеров больше (чем 17,2% и 5,6% соответственно). С тем, что применение спортсменами запрещённых препаратов нередкое явление подтверждают и врачи спортивной медицины. Также следует иметь в виду, что начало профессиональной спортивной деятельности чаще всего начинается в подростковом возрасте, а в подростковой среде, существенно влияющей на формирование ценностных ориентаций в этом периоде, отсутствует однозначно осуждающая оценка рассматриваемой девиантной практики.

Заключение. В связи с тем, что применение спортсменами запрещённых препаратов имеет определённую поддержку в спортивной среде, то формирование нулевой терпимости к этой негативной практике является крайне актуальной проблемой подготовки спортивного резерва. Её решение должно носить комплексный характер, включая не только активизацию «разъяснительно-профилактических» мероприятий (как среди спортсменов, особенно несовершеннолетних, так и среди их тренеров), но и ужесточение антидопингового контроля на молодёжных региональных и всероссийских соревнованиях (который в настоящее время проводится в ограниченном объёме).

Список литературы.

1. Olympic Charter. In force as from 11 February 2010. International Olympic Committee: Lausanne, Switzerland. - 2010. - P.104.

2. Распоряжение Правительства России от 10 июля 2017 г. №1456-р  
Комплекс мер по реализации Национального плана борьбы с допингом в  
российском спорте, принятого Независимой общественной антидопинговой  
комиссией 1 февраля 2017 г. -  
<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71615410/#ixzz5VaWZCBIW> (дата  
обращения 01.11.2018)

3. Кукес, В.Г. Спортивная фармакология: достижения, проблемы,  
перспективы / В.Г. Кукес, В.В. Городецкий // Спортивная медицина: наука и  
практика. - 2010. - № 1 (1). - С.12-15.

4. Кулиненко, О.С. Фармакологическая помощь спортсмену / О.С.  
Кулиненко. - М.: Советский спорт, 2007. - 240 с.

5. Макарова, Г.А. Фармакологическое сопровождение спортивной  
деятельности: реальная эффективность и спорные вопросы / Г.А. Макарова. -  
М.: Советский спорт, 2013. - 232 с.

6. Сейфулла, Р.Д. Фармакология спорта / Р.Д. Сейфулла, Я.С.  
Гудивок, Н.А. Горчакова, Л.М. Гунина. - Киев: Олимпийская литература, 2010.  
- 640 с.

7. Лиходеева, В.А. Фармакологическая регуляция энергетического  
обеспечения дизадаптированных спортсменов / В.А. Лиходеева, А.А. Спасов,  
В.Б. Мандриков, В.Е. Жариков // Вестник Волгоградского государственного  
медицинского университета. - 2011. - № 3. - С.30-33.

8. Мандриков, В.Б. Применение композиций эфирных масел для  
модификации психоэмоционального состояния бегунов-спринтеров / В.Б.  
Мандриков, М.В. Попов, Н.Н. Сентябрев // Вестник Волгоградского  
государственного медицинского университета. - 2011. - № 4. - С.56-58.

9. Calfee, R. Popular Ergogenic Drugs and Supplements in Young Athletes  
/ R. Calfee, P. Fadale // Pediatrics. - 2006. - Vol. 117, № 3. - P.577-589.

10. Tauler, P. Supplementation with an antioxidant cocktail containing coenzyme Q prevents plasma oxidative damage induced by soccer. / P. Tauler, M.D. Ferrer, A. Sureda // *Eur. J. Appl. Physiol.* - 2008. – Vol.104 (5). - P.777-785.
11. Thiene, G. Prevention of sudden cardiac death in the young and in athletes: dream or reality? / G. Thiene, E. Carturan, D. Corrado, C. Basso // *Cardiovascular Pathology.* - 2010. - Vol.19 (4) – P. 207-217.
12. DeLee, J.C. Nutrition, Pharmacology, Psychology in sport / J.C. DeLee, D.J. Drez, M.D. Miller // *Ortopaedic sports medicine.* - 2010. - Vol.8. - P.399-423.
13. Лопатина А.Б. Влияние применения препаратов «Dr. Nona» (Израиль) на механизмы адаптации спортсменов высокой квалификации / А.Б. Лопатина // *Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта.* - 2014. – Т. 31. – С. 102-108
14. Скворцова, М.Ю. Повышение уровня подготовленности спортсменов с использованием фармакологического обеспечения тренировочного процесса и организации рационального питания в спортивной ходьбе / М.Ю. Скворцова, С.А. Дворецкий // *Наука и современность.* – 2011. – №. 10-1 – С. 245-249.
15. Conrad, P. Estimating the costs of medicalization / P. Conrad, T. Mackie, A. Mehrotra // *Social Science & Medicine.* -2010. - Vol. 70. - P.1943-1947.
16. Metzl, J. Medicalisation in the 21st century: introduction / J. Metzl, R. Herzig // *Lancet.* -2007. -№369. - Vol.9562. - P.697-698.
17. Sadler J. Z., Jotterand F., Lee S. C., Inrig S. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. / J.Z. Sadler, F. Jotterand, S.C.Lee, S. Inrig // *Theory Med Bioethics.* -2009. -№30. - Vol.6. - P.11-25.
18. Вершинин, Е.Г. Разрешенные препараты в детском спорте: результаты анкетирования врачей спортивной медицины / Е.Г. Вершинин, В.В. Деларю // *Педиатрическая фармакология.* - 2015. - Т.12. № 4. - С.485-487.

19. Вершинин, Е.Г. Отношение в подростковой среде к приёму запрещенных препаратов в спорте / Е.Г. Вершинин, В.В. Деларю // Теория и практика физической культуры. – 2018. - № 10. – С.8-9.

20. Авдулова, Т.П. Психология подросткового возраста / Т.П. Авдулова. - М.: Издательский центр «Академия», 2012. - 240 с.

21. Толстых, Н.Н. Психология подросткового возраста. Учебник / Н.Н. Толстых, А.М. Прихожан. - М.: Юрайт, 2016. - 408 с.

22. Соболева, С.Ю. Проблемы и перспективы обеспечения лекарственной безопасности в России / С.Ю. Соболева, А.В. Соболев // Экономическая безопасность России и стратегии развития ее регионов в современных условиях: сб. науч. тр. Междунар. научно-практич. конф./ редкол.: А.В. Копылов (отв. ред.) и др.; ВолгГТУ. – Волгоград, 2015. – Ч.1. – 228 с. – С. 219 – 221.

УДК 615.47+623.486

**АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ НАПРАВЛЕНИЯ  
ПОДГОТОВКИ «БИОТЕХНИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ И ТЕХНОЛОГИИ»  
НА РЫНКЕ ТРУДА**

**Зарезина Юлия Евгеньевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: ст.преп. Легенькова Н.М.

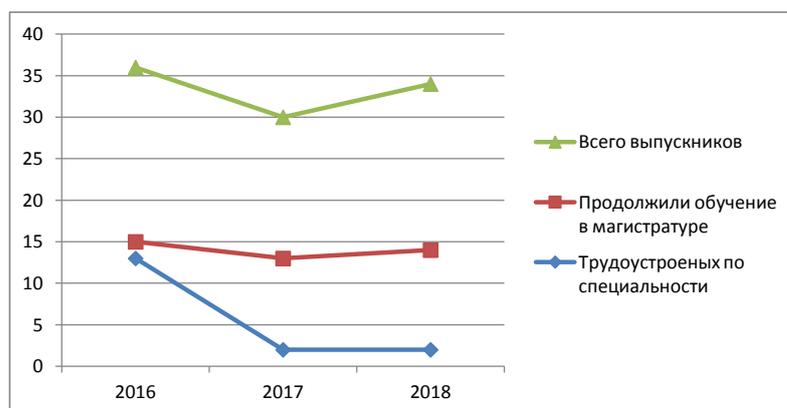
В двадцать первом веке наука активно развивается. В связи с этим появляется востребованность на рынке труда такой специальности, как биотехнические системы и технологии. У каждой специальности есть свои как подъемы, так и падения спроса. По этой причине хотелось бы составить прогноз востребованности данной специальности.

Цель работы: выявить спрос специалистов с направлением медицинское приборостроение на сегодня и насколько будут востребованы выпускники данной специальности в будущем.

Задачи:

- ✓ выявить актуальность профессии;
- ✓ проанализировать за три года прирост рабочих мест на рынке труда;
- ✓ сделать прогноз на будущее.

В Волгоградском государственном медицинском университете кафедра Биотехнических систем и технологий открылась 26 апреля 2011 года, а с 1 сентября этого же года началась подготовка студентов. Студенты учатся реализовывать научные направления, связанные с разработкой теории синтеза биотехнических систем, автоматизированных комплексов оценки состояния работающего человека в реальном масштабе времени, систем отображения информации и съема первичной информации, а также с системами поддержания оптимальных условий трудовой деятельности человека. На сегодняшний день на рынке труда наблюдается определенный дефицит кадров данной специализации. Основной спрос на биотехнологов имеется со стороны медицинских центров, занимающихся высокотехнологичными методами лечения. Комплекс современного медицинского оборудования нуждается в квалифицированном обслуживании, при этом первоначальная оценка труда составляет от 25 000 рублей, а в коммерческих организациях может быть и выше.



*Рис. 1. Востребованность выпускников направления подготовки «Биотехнические системы и технологии» на рынке труда [1]*

Анализируя график, можно увидеть, что число трудоустроенных выпускников после получения диплома бакалавр снижается. В это же время увеличивается число студентов, которые хотят продолжить обучение и получить степень магистр. Таким образом, можно сделать вывод о том, что спрос специалистов на рынке труда есть. По данным министерства образования и науки Российской Федерации процентное соотношения трудоустроенных выпускников составляет 74,08%, а средняя заработная плата составляет 26 032 рублей. На данный момент наблюдается востребованность этих специалистов в таких областях, как информационно-измерительная техника и технологии, оптические технологии, лазерные оптико-электронные приборы и системы, приборы и системы лучевой энергетики, фотоника и лазерная биомедицина, аналитическое приборостроение и интеллектуальные системы безопасности и т.д. На рынке труда на данный момент существуют такие предложения: работа в учреждениях практического здравоохранения, в организациях, разрабатывающих и производящих медицинскую технику, в лабораториях и поликлиниках, медицинских центрах, на предприятиях, занимающихся продажей и сервисным обслуживанием медицинской техники [2]. Закончив обучение, по данному направлению помимо медико-технических задач выпускники могут достаточно эффективно решать проблемы, связанные с программированием, технического взаимодействия со средствами вычислительной техники. Именно такие специалисты двигают вперед прогресс в техническом оснащении медицины [3].

Итак, опираясь на эти данные, сделаем прогноз на дальнейшее развитие профессии «Биотехнолог». Уже сегодня прогресс не стоит на месте, и каждый день идет развитие технологий для улучшения и поддержания здоровья человека. Поэтому появляется огромный спрос на рынке труда специалистов данной области. Судя по графику, отчетливо виден рост обучающихся, которые

хотят получить образование «Биотехнологические системы и технологии». Таким образом, можно сделать вывод о том, что эта специальность активно развивается, и в дальнейшем востребованность ее будет только расти. Как гласит основное правило экономики: если есть спрос, то будет и предложение.

УДК 159.922.2

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ**

**Зотова Валерия Сергеевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: Соболев А.В.

В современном обществе профессиональная деятельность значительного количества людей проходит в экстремальных ситуациях. Чаще всего в неблагоприятных условиях оказываются специалисты социальных профессий (врачи ургентной медицины, специалисты поисково-спасательных служб, военнослужащие). Данные категории работников более всего подвержены стрессам и соответственно мобилизации всех внутренних ресурсов человека. У людей, длительно пребывающих в таком напряженном состоянии, возникают различные медицинские и социальные осложнения. Среди медицинских осложнений можно отметить психосоматические нарушения, приводящие в дальнейшем к различного рода заболеваниям, а среди социальных развитие синдрома эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания – это разрушительный для человека процесс, который чаще всего возникает из-за «повышенной концентрации» профессионального стресса в деятельности человека. Никто не сможет оспорить тот факт, что стрессу подвержен каждый из нас, и в небольшом количестве он может быть даже полезен, поскольку стимулирует генерацию новых ресурсов, позволяя положительно влиять на профессиональную деятельность. Но не стоит забывать о том, что стресс это крайне негативный для человеческого организма фактор. Чем длительнее человек находится в

стрессовой ситуации, тем больший вред наносится организму.

В профессиональной деятельности работника, стресс является актуальной проблемой. Он возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций без «разрядки» или «освобождения» от них. Получается, что к тому времени, когда работник имеет достаточный профессиональный опыт и можно ожидать резкого подъема в профессиональной сфере, происходит спад. У людей заметно снижается энтузиазм, нарастает негативизм и усталость в работе, и по этой причине талантливый специалист становится профессионально непригодным. Иногда такие люди сами уходят из профессии и меняют сферу деятельности.

Это является первым шагом к развитию синдрома эмоционального выгорания. Синдром профессионального выгорания – самая «опасная» профессиональная болезнь тех, кто работает с людьми - всех, чья деятельность невозможна без общения. Известно, что эмоциональному выгоранию подвержен каждый из нас. Не случайно первая исследовательница этого явления Кристина Маслач говорила «Эмоциональное сгорание – плата за сочувствие». В связи с этим к числу специалистов, которые наиболее подвержены выгоранию, традиционно относят медицинских работников.

Одной из серьезных проблем современного здравоохранения является эмоциональное выгорание медицинского персонала, которому подвержены чаще всего люди старше 35-40 лет. Специалист, подверженный подобному ментальному заболеванию, начинает выполнять свою работу формально и механически. И такой подход для пациентов может быть губителен, как и непрофессионализм медицинского работника. Исследователями доказано, что «скорость сгорания» не связана ни с образованием, ни с интеллектуальными способностями, ни даже с заработной платой. Единственное, что имеет значение,- ситуация на работе и наше к ней отношение. Лучше не допускать сам факт появления и развития синдрома профессионального выгорания, а для этого необходимо не забывать про меры профилактики.

В трудовых коллективах сотрудники со временем теряют интерес к любимой работе, но зачастую причиной этого является не только синдром профессионального выгорания, а стресс.

Стресс является важной и актуальной проблемой в профессиональной деятельности работника. Причиной тому может быть всякая неожиданность, нарушающая привычное течение жизни. Ганс Селье считал, что не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой сталкивается человек, имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации личности [4]. Людям, страдающим от стрессов, необходимо овладеть двумя науками: справляться с обстоятельствами жизни, ведущими к стрессам, и со свойствами личности, способствующими возникновению стресса, как в процессе осуществления своей профессиональной деятельности, так и на этапе получения данной профессии.

С точки зрения профессиональной деятельности, наибольший интерес представляют организационные факторы, которые вызывают стресс на рабочих местах в медицинских учреждениях и организациях. Источники могут быть связаны с трудовой деятельностью, карьерой, действиями работника в организационных отношениях, психологическим климатом организации, а также личными проблемами работника. Причинами стресса могут быть самые разнообразные факторы: незаслуженная обида, внезапное препятствие действиям, конфликты в коллективе, неуважение пациентов, необоснованная критика начальника.

К методам профилактики стрессовых состояний можно отнести следующее: полностью игнорировать мелкие неприятности, регулярно и полноценно отдыхать, позитивно мыслить, стараться искать выход, а не повод для негативного самоанализа. Если же говорить о профессиональном выгорании, то можно использовать следующие советы, чтобы предотвратить развитие синдрома: грамотно распределять свое время, не выносить конфликты и другие негативные ситуации за пределы работы, проводить короткие

перерывы во время работы, посещать специалиста, который поможет проанализировать ситуацию и найти выход.

Профессиональный стресс и синдром выгорания – проблема, еще не достаточно изученная в России. На основании опроса, проведенного специалистами ВЦИОМ (Всероссийский центр изучения общественного мнения) о причинах плохого самочувствия граждан РФ за 2017-2019 гг., авторы статьи нашли возможность предположить наличие связи в механизме возникновения патологической цепи событий, от субъективного ощущения – плохое самочувствие, полученного в результате воздействия неблагоприятных социальных и экологических факторов, до возникновения стресса и развития синдрома профессионального выгорания, ведущих к возникновению заболеваний.

Первостепенными причинами плохого самочувствия россияне чаще всего называют работу и стресс (33%), а также отсутствие денег на лекарства и профилактику болезней (28%). При этом значимость второго фактора за два года заметно снизилась (с 35% в 2017 г.). Каждый четвертый (25%) опрошенный основной причиной болезней называет возраст и отсутствие отдыха. При этом значительно снизилась доля тех, кто считает причиной проблем со здоровьем экологическую обстановку (32% в 2017 г. до 18% в 2019 г.).

Таким образом, в развитии синдрома профессионального выгорания наряду с профессиональным стрессом свою важную роль играют социальные и экологические факторы. При этом профессиональный стресс это по большей части результат дисгармонии внутренней среды предприятия, и минимизация вредных факторов его воздействия лежит в плоскости управленческих решений. Что касается социальных и экологических факторов, то здесь ведущая роль принадлежит государству, которое не всегда справляется с функциями по построению социального государства.

Руководствуясь принципами купирования патологического процесса,

авторы предлагают разорвать цепь порочного круга в одном из его звеньев. Самый продуктивный подход это создание благоприятных гигиенических и мотивирующих факторов на предприятии.[7] Более сложный подход это индукция органов государственной власти к выполнению декларируемых социальных функций.

Список литературы.

1.Гудимов В. Организационный стресс / В. Гудимов // Кадровое дело. – 2005 – №4. – С. 32 – 35

2.Елдышова О.А. Профессиональное выгорание в помогающих профессиях // Сборник статей выступлений. – Москва, 2015 – С. 38-41.

3.Новоселова С.Ю. Научные основы управления образованием в меняющемся мире: развитие, совершенствование, инновации. Сетевой научно-практический журнал «Управление образованием: теория и практика», 2013 № 1 . выпуск 9, 1С. [http://iuorao.ru/images/jurnal/13\\_1/novoselova.pdf](http://iuorao.ru/images/jurnal/13_1/novoselova.pdf)

4.Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979 125 с.

5.Обнимус ВЦИОМ «Мы и наши болезни»./Пресс-выпуск №3954  
[//https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9687](https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9687)

6.Сайфутдинова Ю. Личностно-профессиональные и индивидуально-психологические качества менеджеров.// Сетевой научно-практический "Управление образованием: теория и практика", 2013 № 1 . выпуск 9, 109С. \\ [http://iuorao.ru/images/jurnal/13\\_1/saifutdinova.pdf](http://iuorao.ru/images/jurnal/13_1/saifutdinova.pdf)

7. Двухфакторная теория мотивации Фредерика Герцберга  
<http://www.azps.ru/articles/personal.html>

УДК 61

## **СПЕЦИФИКА КОНФЛИКТОВ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ**

**Кадырова Алия Кабировна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд.экон.наук, доцент Голиков В.В.

Актуальность темы статьи обусловлена высокой конфликтогенностью общества, в котором медицина стала неотъемлемой частью сферы услуг. Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «врач–пациент–общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий – конкуренция, кооперация, конфликт с учетом набора функций каждого из них [1]. Одной из форм реализации взаимоотношений социальных субъектов в медицинской сфере является конфликт, который выступает как интерперсональный способ развития социального института медицины. Субъектами медицинской практики, участвующими в конфликтных ситуациях, являются медицинские работники, пациенты, медицинские коллективы в целом, группы поддержки, принимающие сторону пациента и других участников, входящих в сферу медицинской деятельности. Избежать возникновения конфликтов практически невозможно, как невозможно и оставить их не разрешенными.

Конфликтные ситуации в профессиональной среде являются большой неприятностью как для административно-управленческого звена, так и для самих сотрудников (за исключением специально спровоцированных), т. к. снижают качество труда и производительность, ухудшают психоэмоциональный климат в коллективе вплоть до полной остановки (блокировки) рабочего процесса; в конфликты могут быть втянуты третьи лица. Иногда бывает трудно предсказать, кто выйдет победителем в конфликтной

ситуации, каков будет результат и цена победы, какие будут потери (экономические, кадровые и т. д.), поэтому конфликтов лучше избегать [2].

Наиболее распространенные способы разрешения конфликтов в медицинской практике: досудебный - разрешение конфликта на первичном уровне врач – пациент, заведующего отделением, администрации ЛПУ, КЭК, этическим комитетом; судебный- органами государственной юрисдикции; органами негосударственной юрисдикции — специализированными третейскими судами.

Способы разрешения конфликтов приводят к соответствующим типичным результатам разрешения конфликта :

- а) разрешение конфликта на досудебном уровне;
- б) исполнение решения суда.

Что запускает конфликт?

Конфликтоген - это любое слово или действие, способные привести к возникновению конфликтной ситуации и перерастанию ее в конфликт. Конфликтоген - это провокативный фактор, это вызов [3].

Конфликты в медицине бывают вертикальными и горизонтальными.

Вертикальные конфликты в медицине происходят на трех уровнях противоречий:

- 1) система здравоохранения - общество (высший уровень);
- 2) управленческий аппарат медицинской организации (администрация) — медицинский персонал (средний уровень);
- 3) медицинский Персонал - пациенты или их родственники (нижний уровень).

Примерами горизонтальных конфликтов в медицине могут быть:

- 1) на уровне «общество» могут возникать противоречия и конфликты по поводу проводимой в обществе политики в области здравоохранения между основной частью граждан (гражданским обществом) с одной стороны с высшими руководящими структурами (органами власти) - с другой;

2)на уровне «администрация» - между различными медицинскими организациями;

3)на уровне «медицинский персонал» и «пациент»- между медицинским персоналом, между пациентами, между медицинским персоналом и пациентами.

Выбор оптимального стиля поведения при конфликте.

Существует пять основных стилей поведения при конфликте:

1. Стиль «конкуренция, или соперничество».

Этот стиль наиболее типичен для поведения в конфликтной ситуации; его можно использовать в ситуации «все или ничего»(когда исход конфликта очень важен для вас) при условии, что вы обладаете достаточной властью и авторитетом и вам представляется очевидным, что предлагаемое вами решение - наилучшее, или если вы чувствуете, что у вас нет иного выбора и вам нечего терять [4].

2. Стиль «сотрудничество» — наиболее трудный из всех стилей, но вместе с тем наиболее эффективный при разрешении конфликтных ситуаций. Участники конфликта находят взаимовыгодное для обеих сторон решение.

Условия, при которых работает стиль «сотрудничество»:

- умение объяснить свои решения (аргументировать);
- умение выслушивать другую сторону;
- умение сдерживать свои эмоции.

Отсутствие одного из этих факторов делает этот стиль неэффективным.

3. Стиль «компромисс» - стороны пытаются урегулировать разногласия, идя на взаимные уступки. При использовании этого стиля акцент делается не на решении, которое удовлетворяет интересы обеих сторон, а на варианте с которым каждый мог бы согласиться.

4. Стиль «приспособление» - одна сторона жертвует собственными интересами в пользу другой стороны и не пытается отстаивать свои интересы.

5. Стилъ «игнорирование, или уклонение» - реализуется обычно, если конфликт не затрагивает прямых интересов сторон (проблема не столь важна) и у оппонентов нет нужды отстаивать свои интересы [5].

Принципы профилактики конфликтов в коллективе.

1. Организуйте правильную кадровую политику - она предполагает правильный подбор и расстановку кадров с учетом не только квалификационных показателей, но и психологических качеств.

2. Равномерно распределяйте работу. Это поможет сократить или свести на нет стандартные жалобы, что некоторым сотрудникам достается больше работы и, следовательно, денег. Следите, чтобы у сотрудников всегда было достаточно работы. Если работники сосредоточены на выполнении служебных обязанностей, у них остается мало времени для конфликтов.

3. Работайте над своим авторитетом - для этого необходимы постоянное совершенствование профессиональных качеств, высокий нравственный потенциал, умение конструктивно и справедливо разрешать конфликты. Придерживайтесь того поведения, которого ожидаете от персонала. Если выходите из себя в неподходящее время, не удивляйтесь, что ваши работники будут так же вести себя друге другом.

4. Формируйте в коллективе высокую организационную культуру - систему осознанных и неосознанных представлений, ценностей, правил, запретов, традиций, разделяемых всеми членами организации. Значимым психологическим фактором, снижающим уровень конфликтных проявлений, является престиж деятельности и организации. Люди дорожат престижной должностью или работой, вследствие чего у них повышается чувство ответственности. Престижно то, что доступно далеко не всем.

5. Поддерживайте благоприятный психологический климат в коллективе - он является фактором, существенно снижающим уровень конфликтности персонала.

6. Внимательнее приглядитесь к «недовольным сотрудникам». Несмотря на то, что их постоянные жалобы не доставляют вам удовольствия, критический взгляд таких людей часто представляет ценность для команды. Оцените сильные стороны их предложений, но не поощряйте неуместных жалоб.

7. Старайтесь поддерживать связь со всеми сотрудниками. Ежедневный контакт с каждым сотрудником может предотвратить конфликты между работниками из-за того, что кому-то недостает вашего внимания.

Считается, что в организации опасен не сам конфликт, а его ошибочное, неправильное регулирование [6]. Если конфликт помогает выявить разнообразие точек зрения, дает дополнительную информацию, помогает найти большее число вариантов, делает процесс принятия решений группой более эффективным, дает возможность самореализации отдельной личности, то это – созидательный (функциональный) конфликт по своим последствиям. Если в результате конфликта не происходит достижение целей организации в целом и удовлетворение потребностей отдельной личности, то он является разрушительным (дисфункциональным) и приводит к снижению личной удовлетворенности, группового сотрудничества и эффективности работы организации.

Выводы:

1. Конфликт в организации - это осознанное противоречие между общающимися членами этого коллектива, который сопровождается попытками его решить на фоне эмоциональных отношений в рамках организации или в междуорганизационном пространстве.

2. Руководителю необходимо помнить, что управление людьми начинается с управления собой. Не уважая подчиненного, не добьешься уважения с его стороны, а отсутствие уважения – это уже предконфликтная ситуация; ничего не ценится так дорого и не стоит так дешево, как вежливость; изучение подчиненных, интерес к ним как личностям необходимы для

успешной работы с ними. Индивидуальный подход - вот путь к взаимопониманию с подчиненными. Утаивание информации создает напряженность во взаимоотношениях.

3. Руководителю необходимо так же учитывать ожидания подчиненных. Подчиненные ожидают от руководителя: знания дела, умения организовать работу, перспективный подход, обеспечение высокого заработка, вежливого отношения к себе, уважения.

4. Если имеется несколько конфликтных ситуаций, и их не устранить, то конфликтная ситуация перерастет в конфликт. Если не устранена хотя бы одна конфликтная ситуация, то возможность конфликта остается.

5. Большую роль при разрешении конфликта играют моральные установки участников, так как в каждом конфликте присутствует ситуация морального выбора. Поэтому руководителю необходимо заниматься воспитательной работой с членами коллектива, поощряя желательное поведение.

Закончить мне хотелось бы такой цитатой: «Большинство конфликтов между людьми происходит по одной простой причине. Мы много фантазируем о том, что хорошо понимаем друг друга, и мало говорим для того, чтобы действительно друг друга понимать.

Список литературы.

1. Бордовская Н.О. Социально-психологические конфликты в медицинских учреждениях. // Главная медицинская сестра. – 2005. – №12. – С. 29-36.

2. Дмитриев А.В. Конфликтология: Учебное пособие. М.: Альфа-М, 2003. 336 с.

3. Козлова Л.Б. Роль организатора сестринского дела в конфликтной ситуации. // Главная медицинская сестра. – 2003. – №8. – С. 113-115.

4. Орлова Т.В. Конфликты в коллективе: как их избежать. // Главная медицинская сестра. – 2002. – №12. – С. 109-115; 2003. – №1. – С. 109-117.

5. Рогов Е.И. Психология общения. – М.: Владос, 2005. – 334 с.

6. Сестринское дело: Учебник: В 2-х т. / Под ред. Г.П. Котельникова. - 2е изд., испр. и доп. – Самара: ГП «Перспектива», 2004. – Т.1. – 640 с.; Т.2. – 504 с.»

УДК 659

**БРЕНД МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА:  
ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

**Князева Марина Александровна, ст.преп.**

Россия, Волгоградский государственный технический университет,  
кафедра иностранных языков

В современных условиях формирования ризоматической социокультурной среды происходит дифференциация жизненных ценностей и смысложизненных ориентиров у различных групп населения. Универсальность культурного кода эпохи модерна сменилась разнообразием наборов субкультур, находящихся в динамическом взаимодействии между собой. Ценности эпохи Просвещения – «познание», «саморазвитие» и другие – далеко не всегда занимают доминирующее положение в современном социокультурном пространстве.

В этой связи у образовательных институтов появляется потребность заявлять о себе, актуализируя соответствующие ценности носителей культурного кода. Одним из инструментов, применяемых в этом процессе, является брендинг вузов.

Изначально бренды как явление и брендинг как процесс изучались в рамках экономики и менеджмента. «Экономика впечатлений», «экономика знаний» и другие экономические дисциплины вывели понятие бренда на один из первых уровней значимости как интегрального показателя успешности организации во внешней сред. Менеджмент в целом и дисциплина «управление

брендами» в частности рассматривают различные аспекты человеческой деятельности по формированию, развитию и повышению стоимости бренда.

Однако в последнее время бренд как объект изучения вышел за рамки только экономики и менеджмента. Этим феноменом заинтересовались различные учёные – социологи, философы, психологи, лингвисты, которые занялись изучением бренда с позиций и подходов своих наук.

Вклад лингвистики в изучение брендинга состоит в исследовании языков стратегий, тактик и средств, воплощённых в рамках конкретного дискурса в определённых единицах языковедческого анализа.

Бренд – это образ организации, автоматически запускающий цепь устойчивых положительных ассоциаций, управляющих поведением потребителя с целью повышения стоимости (ценности) организации. С точки зрения лингвистики, бренд организации можно рассматривать как многомерное явление. Так, например, бренд медицинского вуза как объект исследования включает в себя:

- собственно бренд конкретного вуза,
- бренд медицинских вузов как социокультурного явления в целом,
- бренд системы высшего образования,
- бренд представителей профессорско-преподавательского состава конкретного медицинского вуза,
- бренд научной школы,
- бренд выпускников конкретного вуза.

Дискурс–анализ в лингвистике подразумевает исследование различных языковых «полей», в рамках которых языковые единицы получают и раскрывают дополнительные семантические аспекты. С этой точки зрения, бренд медицинского вуза можно рассматривать через призму следующих дискурсов:

- медицинский дискурс,
- научный (академический) дискурс,

- PR-дискурс и маркетинговый дискурс,
- интернет-дискурс.

Лингвокультурология как раздел языкознания может внести вклад в исследование брендинга посредством изучения социокультурных кодов и межкультурных коммуникаций, обусловленных различной спецификой культурогенеза.

Лингвопрагматика исследования бренда медицинского вуза заключается в изучении тех языков стратегий и средств, которые могут максимально эффективно воздействовать на целевую аудиторию. Можно отметить, что бренд – это целенаправленное позиционирование лучших черт организации в сознании целевой аудитории. Брендинг как процесс подразумевает интенциональность и направленность воздействия, в связи с чем можно выделить следующие заинтересованные группы лиц, каждая из которых, с одной стороны, представляет собой языковую личность, с другой стороны, может быть объединена с другими в языковые типы:

- абитуриенты,
- обучающиеся,
- профессорско-преподавательский состав,
- грантодатели.

При этом выбор языковых стратегий, тактик и средств должен происходить с учётом лингвистических особенностей указанных целевых аудиторий.

В целом, лингвистический анализ брендинга вуза является перспективным полем междисциплинарных исследований, обладающим большим эвристическим потенциалом за счёт применения подходов и методов лингвокультурологии, лингвопрагматики, дискурс-анализа к изначально экономико-управленческой проблематике, что позволит как теоретикам, так и практикам разработать и обосновать новые способы позиционирования

медицинского вуза в сознании целевых аудиторий, а также усовершенствовать уже существующие методики.

Список литературы.

1. Mityagina V.A., Sidorova I.G. Brand slogan of region: valuable aspect of place marketing // Current Issues of Linguistics and Didactics: The Interdisciplinary Approach in Humanities and Social Sciences (CILDIAH-2018) SHS Web of Conferences. 2018.

2. Mityagina V.A., Novikova E.Y., Charfaoui E., Opalkova J. Linguistic brand management of tourist destination // XLinguae. 2018. Т. 11. № 2. С. 541-556.

УДК 61

## **СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

**Коваленко Надежда Викторовна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В сложных условиях реформирования отечественного здравоохранения одним из главных условий долгосрочного «выживания» и достижения успеха при жесткой конкуренции является деятельность медицинской организации в сфере стратегического планирования. До недавнего времени централизация управления здравоохранением позволяла больницам и поликлиникам в основном самостоятельно решать вопросы текущего планирования, отдавая долгосрочное планирование «в руки» вышестоящих органов. В свете новых подходов в управлении и развитии здравоохранения происходит смена приоритетов.

Целью стратегического планирования и управления должно стать формирование стратегии развития лечебного учреждения, направленной не только на преодоление негативных тенденций, но и на выявление потенциальных возможностей достижения долгосрочного успеха и развития организации. Теория менеджмента определяет стратегию (от лат. «strategos» -

«искусство генерала») в том числе как детальный всесторонний комплексный план, без которого сложно обеспечить нормальную деятельность и развитие организации.

Современное содержание стратегического планирования, кроме определения миссии и целей организации, обязательно предусматривает оценку и анализ внешней среды, управленческое обследование организации, а главное – отбор стратегических альтернатив развития и формирование на их основе дорожной карты по реализации разработанного плана на достаточно долгий период. Если планирование проведено грамотно, то стратегический подход обеспечивает открытие новых возможностей изменения и развития организации.

Анализ публикаций по стратегическому планированию в учреждениях здравоохранения показывает, что наряду с традиционными методами анализа (SWOT-анализ, SNN-анализ, PEST-анализ и т.п.) руководители медицинских организаций стали шире использовать различные социологические методы (кабинетные исследования, наблюдение, опросы экспертов и сотрудников ЛПУ). Такая тенденция вполне объяснима, так как социологические исследования позволяют оценить возможности использования главного ресурса организации – ее сотрудников, их кадровый потенциал, готовность и настрой на перемены. Возможности, которые открываются в управлении для руководителей медицинских учреждений, можно показать на результатах нескольких социологических исследований, которые были проведены Лабораторией стратегических и маркетинговых исследований кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ в нескольких крупных медицинских учреждениях Волгограда весной 2019 года.

При разработке стратегии изменений в организации существенное значение имеет такой фактор, как отношение персонала к текущей ситуации и направлениям реформирования. Для оценки этого влияния были проведены опросы врачей (N=52, метод – раздаточное анкетирование). Основной

переменной, влияющей на отношение к ситуации, был выбран стаж работы. В структуре анкеты были выделены три основных блока: отношение к ситуации в здравоохранении (в стране, в области), оценка влияния изменений в управлении здравоохранением на деятельность лечебных учреждений (через изменения в условиях труда, организационно-структурных факторов и т.п.), и определение самых важных проблем, без решения которых развитие лечебного учреждения затруднено. Формат тезисов не позволяет детально рассмотреть результаты исследования, однако основные выводы можно сформулировать.

1. Оценка ситуации в здравоохранении у респондентов скорее негативная, качество предоставления услуг также не повысилось (количество оптимистов, пессимистов и тех, кто считает, что все осталось по-прежнему, примерно одинаковое), причем распределение ответов по стажу работы также почти пропорционально, что можно оценить как очевидную для специалистов разных возрастов ситуацию. Основными причинами такой ситуации врачи назвали (по степени значимости) недостаточное материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения (хотя определенные подвижки есть); низкий уровень оплаты труда; недостаточное финансирование отрасли на федеральном, региональном уровне и частично в самих ЛПУ; низкий уровень базовой подготовки медицинских кадров; несовершенство связей между поликлиниками и стационарами, что ведет к расширению показаний к стационарному лечению из-за недостаточно высокого уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Таким образом, формируется представление о состоянии внешней среды организации, контексте, влияющем на выбор и возможности нивелирования этих факторов при разработке стратегии конкретного ЛПУ.

2. Интерес для руководителя представляют и оценки респондентами уже происходящих в отрасли изменений. Как положительные моменты, отмечаются развитие специализации и высоких технологий, улучшение условий пребывания пациентов в медучреждениях, улучшение качества медицинской

помощи, повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения. В свою очередь, негативные изменения чаще всего видны в оценке условий работы медицинского персонала, состоянии материально-технической базы, состоянии здоровья населения. Но в целом преобладает оценка «ничего не изменилось», что совпадает с оценками экспертов. Главные показатели стратегических изменений в здравоохранении – снижение смертности населения, рост продолжительности жизни – как значимые в ответах респондентов не просматриваются. Применительно к оценке ситуации в своих лечебных учреждениях респонденты еще более критичны. На наш взгляд, это говорит о том, что до нижнего звена здравоохранения – обычных, пусть и достаточно крупных больниц, новации в здравоохранении «доходят» плохо, результатов не приносят, что снижает действенность принимаемых Минздравом мер и вызывает сомнения в их необходимости и финансировании, слишком долго ждать результатов.

3. Не больше оптимизма проявляют респонденты, давая оценку изменений условий труда в больнице. По их мнению, существенно выросли объем оформляемой документации и профессиональная нагрузка, часть респондентов отметили некоторый рост количества дежурств, совместительства, количества проводимых совещаний, величины заработной платы. Не слишком увеличились возможности профессиональной самореализации, повышения квалификации, переподготовки, снизились возможности карьерного роста. В целом преобладает настрой «ничего не изменилось».

4. Среди организационно-структурных изменений в больницах респонденты отметили значительное увеличение района обслуживания и объединение медицинских учреждений, компьютеризацию, проведение капитального ремонта в больницах, некоторое повышение заработной платы.

5. Основные проблемы (и текущие, и на перспективу) – увеличение заработной платы и использование мотивации, оснащение и повышение КПД

использования высокотехнологичного оборудования, возможности повышения качества подготовки и переподготовки врачей за счет лечебного учреждения.

Исходя из представленных результатов, можно с уверенностью сказать, что более широкое использование результатов социологических исследований может оказать реальную помощь руководителям регионального здравоохранения и медицинских учреждений в выработке приоритетов, поиске новых инструментов для разработки стратегии развития ЛПУ.

Список литературы.

1. Наджафова М.Н. О применении стратегического планирования в системе здравоохранения [Текст] / М.Н. Наджафова // Иннов: электрон.научный журнал. 2018. № 2 (35). URL: <http://wiew.innov.ru/science/economy/o-primenenii-strategicheskogo-plani/> (Дата обращения 10.01.19 г.)

УДК 65.012.7

## **ОСОБЕННОСТИ СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Кочетков Дмитрий Юрьевич, Забазнова Юлия Александровна**  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд.экон.наук, Голиков В.В.

Проблемы качества медицинской помощи, возникшие на современном этапе, во многом обусловлены низким уровнем эффективности менеджмента ресурсов здравоохранения и прежде всего кадровых. Во-первых, за последние годы продолжает снижаться численность медицинских работников и обеспеченность населения врачами. Во-вторых, во многих регионах страны наблюдается недоукомплектованность штатных врачебных должностей и диспропорция кадрового обеспечения в городах и селах. В-третьих, отмечается значительное старение кадрового потенциала. В-четвертых, растет уровень текучести и миграции (внутренней, внешней, внутриотраслевой и межотраслевой) персонала и чаще всего из сельской местности.

Несовершенная система стимулирования труда медицинского персонала, устаревшие принципы ее построения и дифференциации, низкий уровень заработной платы, неадекватные высокой ответственности и напряженности труда, привели к падению престижности труда врача, разрушению заинтересованности работников медицинских учреждений в эффективной трудовой деятельности и профессиональном росте. Возникла необходимость в срочном поиске возможностей совершенствования механизма стимулирования труда медицинского персонала и, не в последнюю очередь – экономического стимулирования. При этом разработка любых рекомендаций по совершенствованию существующих механизмов стимулирования предполагает оценку эффективности их реализации, имеющую в здравоохранении свою специфику.

В процессе трудовой деятельности основными мотивирующими факторами для медицинских работников становятся: ощущение полезности и важности работы (таким образом, они осознают социальную значимость своего труда в обществе); чувство морального удовольствия (возможность заниматься любимым делом, хороший социально-психологический климат в коллективе); разные формы поощрений (в первую очередь медицинские работники выделяют оценку со стороны руководства их профессионализма на совещаниях, денежную премию, чествование в связи со значительным событием в его жизни, вручение памятного подарка, а также объявление благодарности главным врачом); повышение квалификации и учеба (профессия медицинского работника относится к той категории, которой необходимо постоянно повышать свой профессиональный уровень, быть в курсе нововведений в отрасли медицинской науки; в определенных случаях это требование может быть жизненно важным).

Основными демотивирующими факторами в профессиональной деятельности медицинских работников являются низкий уровень заработной платы и неблагоприятные условия труда. Через материальные трудности

многие работники вынуждены работать по совместительству, иногда далекому от непосредственной профессиональной деятельности, что негативно влияет на их врачебную квалификацию.

Система стимулирования труда играет важную роль в эффективном управлении персоналом. Все протекающие на предприятиях и в организациях процессы осуществляются преимущественно с использованием трудового потенциала, эффективность использования которого во многом зависит от существующей системы стимулирования труда. Стимулирование труда предполагает создание условий, при которых активная трудовая деятельность становится необходимым условием удовлетворения значимых и социально обусловленных потребностей персонала, формирования у него мотивов к труду.

Человеческие ресурсы, создавая своим трудом ценности, являются главной производительной силой организации. И чем выше уровень мотивации персонала, тем продуктивнее работники оказывают качественную медицинскую услугу, выполняют свою работу и формируют социально-трудовые отношения. Как следствие, возникает объективная необходимость создания эффективной системы мотивации и стимулирования персонала, которая будет учитывать, как потребности работников, так и факторы экономического, социального, организационного, психологического воздействия на трудовую активность и будет способствовать постепенному приближению условий труда и жизни медицинских работников к уровню экономически развитых стран.

Прежде всего, при совершенствовании существующей системы стимулирования медицинского персонала следует указать цели стимулирования. Основными целями стимулирования труда медицинского персонала являются:

1. содействие достижению стратегических целей деятельности медицинского учреждения;

2. обеспечение оптимального соотношения между мерой труда и мерой вознаграждения;
3. активизация мотивационного механизма качественной работы;
4. интенсивное использование труда и получение целевого результата работы при условии рационального формирования расходов на оплату труда.

С учетом перечисленных целей должен быть определен и механизм стимулирования медицинского персонала. Механизм стимулирования труда как последовательный процесс взаимодействия внутренних побудительных сил и внешних воздействий, определяющих формирование системы стимулов на организационно-управленческом уровне, представляет собой процесс регулирования структуры стимулирования труда персонала в зависимости от целей организации. В таком представлении механизм стимулирования труда является сложным процессом взаимодействия внутренних побудительных сил (прежде всего, потребностей, интересов, ценностей) и внешних воздействий (благ – стимулов), определяющих формирование мотивов труда. Содержание этого процесса как воздействия на работников с помощью совокупности стимулов, формирующих их производственное поведение, – побуждение к активному использованию трудового потенциала на основе взаимных интересов работников и работодателя для реализации задач развития организации.

Так как главными целями деятельности учреждения в сфере здравоохранения являются сохранение трудового потенциала государства, сохранение и укрепление здоровья населения, в основу рекомендаций по совершенствованию системы материального стимулирования персонала должна быть положена концепция качества. Разработка показателей и критериев стимулирования медицинского персонала основывается на оценке качества оказания медицинской помощи – качества медицинской услуги.

Наиболее рационально выделять следующие характеристики качества медицинской помощи: действенность, эффективность, оптимальность,

приемлемость, удовлетворенность, законность, технологичность, безопасность. Составляющими качества медицинской помощи являются: качество структуры, качество технологии и качество результата. Качество структуры отражает условия оказания медицинской помощи и включает в себя организационно-техническое качество ресурсов, используемых для ее оказания: здания, сооружения, оборудование, материалы, лекарственные препараты, кадры, финансовые ресурсы. Структурное качество определяется на двух уровнях: микроинституциональном (под которым понимается оценка материально-технической базы медицинского учреждения, его финансового обеспечения и кадрового состава) и индивидуальном (оцениваются профессиональные качества работника, т.е. имеющаяся у него совокупность знаний, умений и навыков по выполнению конкретных лечебно-диагностических мероприятий). Составляющая «качество технологии» включает технологии, профилактику, диагностику, лечение, соблюдение стандартов и описывает, насколько оптимальным является комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному пациенту. Качество результата описывает отношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми либо планируемыми. Планируемыми результатами могут быть динамика состояния здоровья конкретного пациента, результаты лечения всех пациентов медицинского учреждения в отчетном периоде, а также состояние здоровья населения обслуживаемой территории – все зависит от оцениваемого объекта. Учитывается в данном случае также соотношение достигнутых результатов с экономическими показателями. Перечисленные структурные компоненты качества медицинской помощи являются тесно связанными между собой, взаимовлияющими и взаимообуславливающими. Поэтому при формировании системы материального стимулирования, основанной на оценке качества медицинской помощи, они должны быть учтены в комплексе.

Таким образом, система стимулирования труда медицинских работников учреждений здравоохранения должна соответствовать особенностям его

хозяйственной деятельности, а также специфическим особенностям труда медицинских работников. Помимо этого, следует учитывать тот факт, что финансовые ресурсы лечебного учреждения крайне ограничены и не могут быть увеличены по объективным причинам. Следовательно, речь при совершенствовании системы материального стимулирования может идти только о справедливом и объективном перераспределении имеющихся финансовых ресурсов, направляемых на материальное стимулирование медицинского персонала. В связи с этим актуальной задачей является разработка и внедрение рекомендаций по совершенствованию стимулирующей части оплаты труда на основе использования показателей, наиболее полно отображающих трудовой взнос конкретного работника и коллектива в целом.

#### Список литературы.

1. Портной, В. А. Регулирование рынка медицинских услуг: проблемы и направления развития / В. А. Портной, И. В. Калашникова // Российское предпринимательство. – 2014. - № 4(250). – С. 117-128.
2. Расходы бюджета РФ на здравоохранение в 2018 году составят 460 млрд рублей. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rns.online/economy/Rashodi-byudzheta-RF-na-zdravoohranenie--v-2018-godu-sostavyat-460-mlrd-rublei-2017-09-29/> (Дата обращения: 01.12.2019).
3. Расходы федерального бюджета на здравоохранение сократятся в 2019 году. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2018/07/09/raskhody-federalnogo-byudzheta-na-zdravookhranenie-sokratyatsya-v-2019-godu/> (Дата обращения: 01.12.2019).
4. 10 способов мотивировать медицинский персонал – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://academy-prof.ru/blog/10-sposobov-motivirovat-meditsinskij-personal> (Дата обращения: 01.12.2019).

УДК 614.2 : 331.1

## **ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

**Лебедева Инна Сергеевна**, канд.экон.наук, доц.

Россия, Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет,  
кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины

Модернизации здравоохранения Российской Федерации является основным направлением развития отрасли на ближайшие годы. С 1 января в нашей стране началась реализация национального проекта «Здравоохранение». Одна из целей проекта – повышение к 2024 году ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет. При этом за шесть лет смертность в стране должна снизиться на 17%. Проект включает восемь направлений развития, среди которых совершенствование оказания первичной медицинской помощи, подготовка специалистов-медиков, цифровизация здравоохранения.

Медицинские кадры – совокупность лиц, окончивших медицинские учебные заведения, получивших медицинское образование и квалификацию и допущенных к медицинской и фармацевтической деятельности в установленном законом порядке. К ним относятся врачи, провизоры, средний медицинский и фармацевтический персонал, а также младший медперсонал.

Повышение качества и культуры оказания медицинской помощи населению, рационального использования ресурсов и эффективности деятельности медицинских организаций напрямую зависят от самих работников здравоохранения, их заинтересованности в достижении высоких результатов. Современные методики повышения трудовой мотивации, разработанные на результатах социологических и социально-психологических исследований, основаны на определении потребностей работников в порядке значимости и обеспечении возможности их удовлетворения в процессе трудовой деятельности. [3]

При этом в системе здравоохранения отмечается ряд особенностей. Ярким примером дисбаланса в системе потребности-мотивация-эффективность труда является ситуация, произошедшая в Свердловской области, где медики массово написали заявления на увольнение из-за высокой нагрузки, переработки и низкой заработной платы. [2]

Разработано большое количество теорий, описывающих потребности с разных сторон. Согласно теории А.Маслоу потребности высших уровней (социальные, духовные) не мотивируют человека, пока не удовлетворены, по крайней мере, частично, потребности нижнего уровня (физиологические, экзистенциальные). Однако эта иерархическая структура не является абсолютно жесткой и строгой. Следует учитывать, что истинные мотивы поведения человека достаточно сложны и не всегда доступны для понимания, в т.ч. и самим индивидуумом. Содержание потребностей и то, как они влияют на окружающую действительность имеет большое значение для трудовой мотивации персонала, поскольку человек, совершая то или иное действие, сам оказывает воздействие на окружающую его среду, а его духовные устремления определяют, какой окрас приобретет это воздействие. [1, 3]

Заведующий отделением хирургии городской клинической больницы № 1 Нижнего Тагила Ю.А. Изотеев, сообщая о причинах массового увольнения врачей, пояснил: «Зарплата – это не самое главное, это не первое требование. Основное наше условие – это кадровое усиление, улучшение круглосуточной диагностики и правовая защита врача перед пациентом и его родственниками».

Рост нагрузки на хирургов начался около двух лет назад. Сначала врачи справлялись, однако затем начались сложности. После того, как из Демидовской больницы ушли специалисты, больных перераспределили между оставшимися учреждениями, и нагрузка на хирургов увеличилась еще больше. «А увеличение нагрузки, которое не подкреплено кадровым потенциалом, ведет к перенапряжению того кадрового состава, который работает и обеспечивает круглосуточную хирургическую помощь». Сейчас на всю больницу приходится

шесть хирургов, между которыми распределяются 30 круглосуточных дежурств в месяц. Поскольку в одно дежурство на работе должны находиться сразу два врача, на каждого хирурга приходится по 10 ночных дежурств ежемесячно. После того, как врач отработает сутки в больнице, он не уходит домой, а вынужден заступать на дневную смену. По словам хирурга, медики обращались в администрацию и Минздрав с просьбами усилить дежурную бригаду и улучшить условия труда, однако ответа не последовало, после чего решили массово уволиться. [2]

С точки зрения когнитивной психологии, трудовая мотивация – это процесс воздействия на установочную систему или ее отдельные составляющие с целью стимулирования человека к деятельности, направленной на достижение целей организации. В настоящее время выделяют две группы теорий мотивации: содержательные и процессуальные.

В основе содержательных теорий лежит анализ потребностей человека, которые заставляют людей действовать определенным образом. Основной акцент сделан на определение перечня и структуры потребностей людей (работы А.Маслоу, Ф.Герцберга и Д.МакКлелланда). В основе процессуальных теорий мотивации лежит изучение когнитивных особенностей восприятия и интерпретации информации и познания людей (работы В. Врума, Портера-Лоулера, МакГрегора).

Для управления здравоохранением практический интерес представляет теория мотивации Ф.Герцберга, выделившего две группы различных по своей природе факторов. К первым относят факторы-мотиваторы, связанные с характером и сущностью самой трудовой деятельности: карьерный рост; признание заслуг; оплата, связанная с результатами труда; высокая степень ответственности. А ко вторым – удерживающие на работе, формирующие рабочую обстановку (гигиенические факторы): условия работы (удобный график работы, санитарно-гигиенические условия, комфортабельность рабочего места, отсутствие лишних стрессов); величина заработка и наличие

материальных льгот; межличностные отношения с руководителями, коллегами и подчиненными. [3]

Согласно сообщению пресс-службы Минздрава России, ситуация с массовым увольнением хирургов в Нижнем Тагиле была взята на особый контроль. Для разрешения проблемы запланирована стимулирующая выплата за повышенную нагрузку врачам-хирургам за последние два месяца. Была изменена маршрутизация пациентов по профилю «хирургия» на территории города, с целью исключения дополнительной нагрузки на хирургов в ГБУЗ СО «ГБ № 1 г. Нижний Тагил» поток пациентов перераспределён на ГБ №4 и Демидовскую горбольницу. В учреждение направлены 2 новых хирурга, а также ряд специалистов Областной клинической больницы № 1 и клинические ординаторы. По результатам принятых мер пятеро хирургов отменили решение об увольнении. [4]

Безусловно, проблемы повышения трудовой мотивации носят системный характер и требуют комплексного подхода при их решении. В зависимости от конкретной ситуации на удовлетворенность работой и мотивацию трудовой деятельности оказывают влияние различные факторы или одни и те же, но в разной степени. Гигиенические факторы сами по себе не мотивируют работника на трудовую деятельность, однако их отсутствие или недостаточность вызывает неудовлетворенность работой. Увеличение заработной платы и улучшение условий труда влияют на удовлетворенности работой, но не гарантируют отдачи. Тем не менее, нельзя забывать, что именно удовлетворенность работой сама по себе является мотивирующим фактором эффективной трудовой деятельности.

Список литературы.

1. Гарин Е.В. Иерархия потребностей человека // Вестник науки Сибири. 2014. №2 (12). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ierarhiya-potrebnoy-cheloveka> (дата обращения: 07.09.2019).

2. Королева Е.В. «Нас не услышали»: в Нижнем Тагиле разбегаются хирурги [Электронный ресурс] / Газета.Ru. – 28.08.2019. – Режим доступа: <https://www.gazeta.ru/social/2019/08/28/12606667.shtml>.

3. Татарников М.А. Трудовая мотивация работников медицинских организаций / М.А. Татарников // Главный врач. – 2018. – №8. – С. 3-8.

4. Сообщение пресс-службы Минздрава России [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – 28.08.2019. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/08/28/12354-soobschenie-press-sluzhby-minzdrava-rossii>.

УДК 61:33

## **СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕРИТЕЛИ ЭКОНОМИКИ СЧАСТЬЯ**

Мери Ибрахим

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Счастье - это внутренняя сила человека, которая делает его способным достичь развития в своей жизни, а затем и в обществе. Существование счастья связано с несколькими факторами, наиболее важным из которых является производительность.

Цель данной работы - подтвердить утверждение, что самые счастливые люди являются более продуктивными.

Счастливые люди не нуждаются в государственной заботе от рождения до смерти, но им нужна возможность свободно мыслить, сообщать о них и работать свободно. Они в большей степени способны создавать сбалансированное экономическое развитие, устойчивый экономический рост и общее социальное благополучие. Счастливые люди платят больше налогов и пользуются общественными услугами. Улучшенная инфраструктура, эффективное правительство, продуктивный государственный сектор, предпринимательский частный сектор и творческая, инновационная и новаторская рабочая сила.

Согласно Докладу о счастье в мире за 2016 год, самые счастливые в мире люди живут в Дании. Далее следуют Швейцария, Исландия и Норвегия. В 2017 году итоги рейтинга не сильно изменилась, поскольку эти четыре страны остались на вершине списка, лишь немного поменялись местами: Норвегия заняла первое место, а Дания - второе, а Швейцария и Исландия - третье и четвертое места.

Голландский психолог Руут Венховен, редактор международного издания "Журнал исследований счастья", вывел обобщенный показатель удовлетворенности жизнью в той или иной стране. Его показатель называется "Годы счастливой жизни" и в нем комбинируются данные о продолжительности жизни и о степени удовлетворенности жизнью. Так, в Канаде средняя продолжительность жизни составляет 78,6 года, а средний уровень удовлетворенности жизнью (вполне субъективный показатель, измеряемый при опросах по условной шкале) 0,763 балла. Венховен перемножает их, получается 60 "счастливых лет". Подобный же расчет для США дает 57 лет, для Голландии - 59, Индии - 39. Россия с показателем 29 "счастливых лет" немного отстает от ЮАР (30,8) и Нигерии (32,7).

На примере Швейцарии проследим, какие факторы обеспечивают данной стране лидирующие позиции в мировой экономике счастья.

1. Швейцарцы владеют деньгами. В Швейцарии много крупных компаний с сильной экономикой, которая является основным конкурентом среди многих других компаний по всему миру, а также известна несколькими отраслями, включая банки, часы, сыр и шоколад, с доходом на душу населения более 50 000 долларов.

2. В Швейцарии нет войн или конфликтов.

Страна является седьмой из 163 стран, которые являются стабильными и безопасными, потому что они не готовы идти на войну и не тратят деньги на оружие, как это делают другие страны. Они не участвовали в Первой или

Второй мировой войне и не хотят быть задействованными в современных войнах.

3. Стремление к заботе о здоровье своих людей.

В Швейцарии есть крупные больницы и медицинские центры для взрослых и молодых людей. Пациенты не ждут приема долгими часами. Больница и инструменты стерилизуются с помощью системы сканера, которая недоступна во многих странах. Оба родителя получают отпуск по рождению ребенка.

4. Очень мало рабочих часов.

Продолжительность рабочей недели в Швейцарии не превышает 36 часов и является самой низкой среди других стран, что способствует увеличению производства. Для сравнения еженедельное рабочее время в Греции - 43 часа, в Турции - более 50 часов.

5. Население Швейцарии ценит время.

Несмотря на любовь жителей Швейцарии к путешествиям, а также ярко выраженное стремление позаботиться о развлечениях и покупках, они заинтересованы в управлении временем, что обеспечивает им высокую работоспособность.

6. Швейцарская нация – свободная нация.

Швейцария является одной из самых могущественных стран в мире демократии, потому что ее народ имеет возможность свободно выражать свои взгляды в политической жизни и даже предлагать новые статьи Конституции.

В заключение отметим, что фактически мы все являемся активными людьми, и в эпоху ограниченных ресурсов и нелимитированных потребностей мы хотели бы быть в списке самых счастливых стран, независимо от формы устройства, порядка, производительности труда, национальной принадлежности. Счастье отдельного человека, выступает одним из важнейших элементов экономического роста и устойчивого экономического развития государства со всеми его институтами. Экономическая стабильность человека

предопределяет состояние его здоровья, психологию и его отношения с внешним миром.

УДК 65.012.7

## **НАРРАТИВНАЯ И КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК НЕОБХОДИМЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНЕ**

**Чернышёва Ирина Валерьевна**, канд. филос. наук, доц.,  
**Черёмушниковна Ирина Кабдрахимовна**, д-р филос. наук, доц.  
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Продолжающаяся не первый год реформа здравоохранения до сих пор не решила многие серьезные проблемы, такие как нехватка младшего и среднего медицинского персонала, разрыв между высокотехнологическим уровнем и первичным поликлиническим звеном, не ясно очерчены границы платной и бесплатной медицинской помощи, недостаточным остается уровень заработной платы, и т.д. Все эти проблемы часто толкают на конфликт врачей и пациентов. Не случайно в августе 2019 г. Президент РФ заявил о необходимости нового этапа реформы, который будет нацелен на оздоровление первичного звена, а это тот уровень, где общение врача и пациента зависит от качества коммуникации.

На фоне таких серьезных объективных экономических и организационных проблем, темы, связанные с качеством общения врача и пациента, кажутся если не малозначимыми, то уж никак не первостепенными. По-прежнему мало внимания уделяется целенаправленному развитию коммуникативной и нарративной компетенции врачей. В последние годы проблема нарративной компетенции врача как условия успешности медицинской коммуникации стала чрезвычайно актуальной. Нарративная компетентность врача позиционируется как необходимая составляющая профессиональной коммуникации и подразумевает способность правильно

расшифровать и интерпретировать сказанное пациентом. Это представление пришло из практического здравоохранения и было введено Ритой Черон [1], которая поставила качество медицинской коммуникации в прямую зависимость от нарративной компетентности. Однако практика показывает, что эти навыки считаются желательными, но не обязательными и в «негласный список профстандарта» не входят.

Нехватка медицинского персонала всех уровней неизбежно ведет к сокращению времени общения врача и пациента. Такая ситуация практически «освобождает» врачей от необходимости соблюдать простейшие нормы и ритуалы общения. Именно эти «необязательные кванты общения» в целях экономии времени изымаются и исчезают из коммуникации врач-пациент в первую очередь. Обязательность коммуникативных компетенций оставляется на усмотрение самого врача, поэтому они присутствуют в общении, скорее как приятный бонус, чем как обязательная составляющая. Некоторые устаревшие представления мешают врачам сформировать правильный взгляд на критерии профессиональной успешности. Многие из них по-прежнему убеждены в том, что их главная задача «правильно лечить», а «не быть приятным» в общении с пациентом. Среди молодых врачей такое представление является еще более распространенным: умение общаться с пациентом воспринимается ими как анахронизм.

В то же время исследование причин недовольств, показывает, что неправильное лечение является куда более редкой причиной жалоб, чем неудовлетворительная коммуникация. Игнорирование эмоционально-психологической составляющей существенно снижает способность врача лечить пациента. Эмпатия врача и качественная коммуникация, хотя и являются субъективной эмоцией, вполне могут «стать объективным фактором для высвобождения энергии, необходимой для выздоровления пациента» [2]. Кроме того, чем меньше времени занимает общение, тем более профессионально оно должно быть выстроено, а это невозможно без обретения

специальных навыков. Их отсутствие в конечном итоге ведет к нарушению базовых этических принципов в медицине, занижает базовый уровень доверия в общении врачей и пациентов.

Среди основных требований, которые пациенты предъявляют к врачам, по-прежнему называются (и, по-видимому, не исчезнут никогда): уважительное отношение к личности пациента (оно же является правом пациента и закреплено законом), бережное отношение к врачебной тайне, признание права пациента участвовать в обсуждении лечебных мероприятий, доброжелательность [3]. Все это напрямую влияет на оценку качества медицинской помощи. Неприязнь вызывает недостаток внимания, плохо скрытое ощущение личной неприязни, отсутствие возможности рассказать врачу что-то важное или задать вопрос, пренебрежение мнением пациента, неумение врача предоставить понятную информацию.

В общении врача и пациента сталкиваются две разные картины мира [4]. Врач оперирует научными представлениями и пользуется соответствующим профессиональным языком. Картина заболевания пациента базируется на его собственном опыте болезни и субъективных переживаниях. Но, несмотря на то, что представления пациента о причинах болезни бывают наивными и упрощенными, нарративная компетентность должна помочь врачу соотнести информацию с реальной картиной заболевания, позволить сделать правильный вывод об этиологии заболевания, возможных методах лечения.

К сожалению, многолетний опыт преподавания, позволяет сделать авторам статьи неутешительный вывод о том, что в подготовке врачей по-прежнему мало внимания уделяется формированию навыков коммуникативной и нарративной компетентности [5, 6]. Основанные на них техники, продуктивны и экономны в применении, но требуют специального обучения и освоения. Сравнительный анализ программ подготовки медицинского персонала показывает, что зарубежные коллеги уделяют значительно больше внимания формированию таких навыков. Хорошее владение

коммуникативными навыками позволяют врачу повысить удовлетворенность пациента от общения с ним и ведут к существенному сокращению числа жалоб и снижению напряженности в общении.

Список литературы.

1. Charon R. Narrative medicine: Honoring the stories of illness. NY: Oxford University Press, 2006. - P. 26.

2. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века. - М.: Эксмо, 2010.- С. 86.

3. Грошев И. Профессиональные и личностные качества врачей-мужчин и врачей-женщин//Врач. -2011. -№ 13.- С.66-69.

4. Черёмушникова И. К., Петрова И. А. Асимметрия культурных кодов и нарративная компетентность в коммуникации врач – пациент//Здоровье и образование в XXI веке. Том 19. -2017.- № 8. -С. 223-225.

5. Черёмушникова И.К., Петров А.В., Чернышева И.В. Профессионально значимые установки в коммуникации врач-пациент//Биоэтика.-2017. № 2. - С. 46-49.

6. Медведева Л.М., Черёмушникова И.К., Чернышева И.В. Человек как пациент: современные тенденции//Форум. Серия: Гуманитарные и экономические науки. 2014. - № 1 (2).- С. 22-25.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### 1. ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

ПРОЕКТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ». ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна, Емельянова Ольга Сергеевна, Симаков Станислав Владимирович, Багметов Николай Петрович, Ломовцев Михаил Сергеевич	<b>3</b>
ЦИФРОВАЯ РЕВОЛЮЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Зейналлы Рафаэль Риза оглы, Поздняк Екатерина Вадимовна	<b>9</b>
ЦИФРОВИЗАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Бокова Римма Дмитриевна	<b>13</b>
ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ПОМОЩЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «ЭЛЕСТОМ» Брагина Марина Геннадьевна	<b>17</b>
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ Галкина Елизавета Алексеевна, Грачев Владислав Константинович	<b>21</b>
ПЕРЕХОД НА ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ РФ Днепровская Ирина Валерьевна	<b>25</b>
АВТОМАТИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Калиниченко Владимир Иванович	<b>29</b>
РАЗВИТИЕ ТЕЛЕ- И ANTI-AGE МЕДИЦИНЫ В РОССИИ Мазница Елена Михайловна	<b>34</b>
ОЦЕНКА АКТУАЛЬНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ «БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА» В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Манычева Алла Валерьевна, Ефимова Юлия Дмитриевна	<b>38</b>
МЕНЕДЖМЕНТ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЦИФРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Молодцова Ирина Александровна, Максимова Елена Александровна	<b>43</b>
ИННОВАЦИОННЫЙ КОНТУР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. Фингер Дмитрий Торстенович.	<b>47</b>
АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ "САМСОН" Шматко Алексей Дмитриевич, Юрова Валентина Александровна	<b>51</b>

## 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УПРАВЛЕНИЕ СРОКАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Герасименко Ольга Александровна	<b>56</b>
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ КАРТ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ Калиниченко Владимир Иванович	<b>60</b>
ПРОБЛЕМА ЗАНЯТОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ. Карева Олеся Сергеевна, Рапинина Анастасия Андреевна	<b>64</b>
РАЗРАБОТКА СБАЛАНСИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Кудрявцев Михаил Игоревич	<b>68</b>
ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Абрамова Анна Сергеевна	<b>71</b>
ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Алейникова Татьяна Владимировна	<b>75</b>
РОЛЬ И МЕСТО МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИК Захарова Мария Александровна	<b>81</b>
ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ КЛИНИК Каширская Янина Андреевна	<b>85</b>
АНАЛИЗ ПРОЦЕССОВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Морозова Александра Олеговна	<b>88</b>
ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО» ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Новолокина Александра Александровна	<b>93</b>
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Синенко Татьяна Анатольевна	<b>96</b>
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Слащев Евгений Викторович	<b>100</b>
МИССИЯ КАК НЕМАТЕРИАЛЬНЫЙ АКТИВ КОМПАНИИ Вейгендт Валерия Викторовна, Студеникин Захар Витальевич	<b>105</b>
ТЕНЕВОЙ БИЗНЕС В МЕДИЦИНЕ Сулейманова Линда Сайпудиновна	<b>110</b>
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Фингер Дмитрий Торстенович	<b>113</b>

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНТЕРЕСОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ ЗА СЧЕТ СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДР (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНВЕРСИТЕТА) Чупрунова Виктория Юрьевна	<b>117</b>
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ РЕСУРСОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ РОССИИ Шаховская Л.С.	<b>120</b>
КАТЕГОРИИ «МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА И ПОМОЩЬ» В РАКУРСЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич.	<b>123</b>
УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА: ИЗБЫТОЧНОСТЬ ИЛИ УСПЕШНОСТЬ Ломовцева О.А.	<b>126</b>
ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРИИ. ФИЛОСОФИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ. Островский Олег Владимирович, Резниченко Мария Федоровна	<b>132</b>
<b>3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ</b>	
УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В РЕЦЕПТУРНОЙ И БЕЗРЕЦЕПТУРНОЙ ФАРМАЦЕВТИКЕ НА МЕЗОУРОВНЕ Брюханов Юрий Михайлович, Пуния Никита Викрамович,	<b>136</b>
РЕАЛИЗАЦИЯ БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К РАЗРАБОТКЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ БАКТЕРИОФАГОВ Бахрушина Елена Олеговна	<b>139</b>
ИННОВАЦИОННАЯ БИЗНЕС МОДЕЛЬ НА МЕЗОУРОВНЕ Брюханов Юрий Михайлович, Карпова Елизавета Андреевна	<b>143</b>
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ Великороссов Владимир Викторович, Генкин Евгений Викторович, Пономарев Максим Александрович	<b>147</b>
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ В КРУПНОМАСШТАБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ Качалов Дмитрий Леонидович, Фархадов Маис Паша	<b>150</b>
РОЛЬ БИОТЕХ-ПРЕПАРАТОВ В ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПОРТФОЛИО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТРАНСНАЦИОНАЛЬНЫХ КОМПАНИЙ Мамедьяров Заур Аязович	<b>154</b>
СУЩНОСТЬ ИННОВАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Подсеваткина Анастасия Константиновна	<b>157</b>
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ОНКОЛОГИЕЙ Полякова А.	<b>160</b>

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫМИ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ Великороссов Владимир Викторович, Пономарев Максим Александрович, Хачатурян Михаил Владимирович	<b>163</b>
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ВУЗОВСКИХ ИННОВАЦИЙ Ситникова Светлана Евгеньевна	<b>166</b>
ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ Сулимова Анна Викторовна	<b>169</b>
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ Фарманян Кристина Робертовна	<b>171</b>
СПЕЦИФИКА ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ КЛАСТЕРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: УРОКИ ФРАНЦИИ И ШВЕЙЦАРИИ Черноуцан Елена Михайловна, Трофимова Ольга Ефимовна	<b>175</b>
<hr/> <b>4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ</b>	
ПУТИ РАЗВИТИЯ КОНЦЕССИИ КАК ФОРМЫ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) Саломатина Ольга Сергеевна, Саргсян Саргис Арменакович	<b>179</b>
ИНСТИТУТЫ РАЗВИТИЯ В УЛУЧШЕНИИ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНОВ Косинова Наталья Николаевна, Попова Мария Юрьевна, Поворина Алена Владимировна	<b>182</b>
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АСПЕКТЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Луговская Мария Владимировна	<b>188</b>
КЭА ПРИ ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ. Резниченко Мария Федоровна, Веровский Валериан Евгеньевич, Островский Олег Владимирович.	<b>192</b>
<hr/> <b>5. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ</b>	
ENVIRONMENTAL IMPERATIVE IN THE USE OF MICROALGAE Medvedeva Ksenia	<b>196</b>
РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЫНКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ Агаларова Екатерина Григорьевна,	<b>200</b>
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ МИГРЕНЬЮ Ашанина Наталья Марковна	<b>204</b>

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ: ФАКТОРЫ И УСЛОВИЯ ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ Белоусова Светлана Владимировна	<b>208</b>
ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА НАЦИОНАЛЬНЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРАНЫ Лелеко Эвелина Андреевна	<b>213</b>
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ Онищенко Любовь Федоровна	<b>216</b>
ПРОБЛЕМА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА СРЕДИ СОТРУДНИКОВ НИУ «БЕЛГУ» В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2018-2019 Г. Селина Дарья Борисовна, Сиволенко Екатерина Евгеньевна	<b>220</b>
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТАРШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ СИБИРСКОГО РЕГИОНА (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ). Чусовлянова Светлана Викторовна	<b>223</b>
РОЛЬ ЦЕЛЕВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ КАМПАНИЙ В ПОВЫШЕНИИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) В.В. Шкарин, Н.В. Семенова, О.А. Козырев, О.С. Емельянова, В.В. Ивашева	<b>227</b>
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ Эртель Людмила Александровна	<b>240</b>
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ Турбина Юлия Олеговна, Полунина Наталья Валентиновна, Полунин Валерий Сократович	<b>244</b>
ВЛИЯНИЕ ЭКОСИСТЕМНЫХ УСЛУГ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ Василенко Наталья Валерьевна,	<b>247</b>
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ Винник Алина Евгеньевна	<b>251</b>
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ Горшков Денис Валерьевич, Полунина Наталья Валентиновна, Полунин Валерий Сократович	<b>254</b>
<b>6. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЯЗВИМЫМ ГРУППАМ Доника Алена Дмитриевна	<b>258</b>
ПАРАМЕТРЫ И ТЕНДЕНЦИИ ТРАНСФОРМАЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РЕГИОНАХ ЮГА РОССИИ Митрофанова Инна Васильева, Рябова Инна Алексеевна	<b>261</b>

## 7. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

САМОЛЕЧЕНИЕ РОССИЯН: ВЫНУЖДЕННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ МОДНЫЙ ТРЕНД? Борискина Татьяна Борисовна, Пескова Ольга Сергеевна, Борискина Мария Александровна	<b>266</b>
ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДА) Воронина Алёна Сергеевна	<b>269</b>
ТРОЛЛИНГ В ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Гасайниева Убайдат Буньяминовна	<b>275</b>
КОМПЛЕКСНЫЙ САНАТОРНЫЙ ПРОДУКТ В РАМКАХ ТЕОРИИ «СИСТЕМНОЙ ЭКОНОМИКИ ПОТРЕБИТЕЛЯ» Кукина Елена Николаевна, канд.экон.наук, доц.	<b>278</b>
ВЛИЯНИЕ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ Легенькова Надежда Михайловна	<b>282</b>
ОСОБЕННОСТИ СПРОСА И ПРОДВИЖЕНИЯ НА РЫНКЕ БИОЛОГИЧЕСКИ-АКТИВНЫХ ДОБАВОК Лизовская Вероника Владимировна	<b>285</b>
DIGITAL БРЕНДИНГ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Мамаева Дарья Дмитриевна	<b>288</b>
МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ, КАРТА ЭМПАТИИ ПЛАТНОГО ПАЦИЕНТА Меньшакова Мария Николаевна	<b>290</b>
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ В РАБОТЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ Мигунова Наталья Вениаминовна	<b>293</b>
ИНДУСТРИЯ КРАСОТЫ В СТОМАТОЛОГИИ: ТЕНДЕНЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ Шестакова Ирина Валерьевна, Панжинская Владлена Вячеславовна, Никитина Алина Сергеевна	<b>296</b>
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКОЙ ОДЕЖДЫ Никишина Яна, Кублин И.М.	<b>303</b>
К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В РФ Оганнисян Лилия Сергеевна	<b>309</b>
ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ИНОСТРАННОГО ТУРИЗМА В МИРОВОЙ ЭКОНОМИКЕ Сергеев Роман Владимирович	<b>313</b>
МАРКЕТИНГ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Зейналлы Рафаэль Риза оглы, Поздняк Екатерина Вадимовна	<b>316</b>
НОВЫЕ АСПЕКТЫ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Аракелова Ирина Владимировна, Брамник Игорь Владимирович	<b>318</b>

## 8. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФОРМИРОВАНИЕ НУЛЕВОЙ ТЕРПИМОСТИ К ПРИМЕНЕНИЮ ЗАПРЕЩЁННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА Вершинин Евгений Геннадиевич, Мандриков Виктор Борисович, Деларю Владимир Владимирович	<b>322</b>
АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ «БИОТЕХНИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ И ТЕХНОЛОГИИ» НА РЫНКЕ ТРУДА Зарезина Юлия Евгеньевна	<b>332</b>
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ Зотова Валерия Сергеевна	<b>335</b>
СПЕЦИФИКА КОНФЛИКТОВ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ Кадырова Алия Кабировна	<b>340</b>
БРЕНД МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА Князева Марина Александровна	<b>346</b>
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Коваленко Надежда Викторовна	<b>349</b>
ОСОБЕННОСТИ СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Кочетков Дмитрий Юрьевич, Забазнова Юлия Александровна	<b>353</b>
ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА Лебедева Инна Сергеевна,	<b>359</b>
СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕРИТЕЛИ ЭКОНОМИКИ СЧАСТЬЯ Мери Ибрахим	<b>363</b>
НАРРАТИВНАЯ И КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК НЕОБХОДИМЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНЕ Чернышёва Ирина Валерьевна, Черёмушникова Ирина Кабдрахимовна	<b>366</b>





IV Всероссийская научно-практическая конференция  
«Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века».  
14-15 ноября 2019г., Волгоград

IV Всероссийская научно-практическая конференция  
«Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века».  
14-15 ноября 2019г., Волгоград