

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

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

19–20 ноября 2020 г.
Волгоград

 Издательство
ВолГМУ
Волгоград
2021

УДК 33
ББК 65+5
С232

Редакционная коллегия:

зав. кафедрой экономики и менеджмента ВолгГМУ, доцент,
к. э. н. *С. Ю. Соболева*;
доцент кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ
к. э. н. *И. В. Днепровская*;
председатель научного общества молодых ученых
и студентов ВолгГМУ *Д. С. Липов*

С232 **Сборник материалов V Международной научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» («Management in the Healthcare: Challenges and Risks in the 21st century»); 19–20 ноября 2020 г., Волгоград. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2021. – 392 с.**

ISBN 978-5-9652-0628-5

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

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

**УДК 33
ББК 65+5**

ISBN 978-5-9652-0628-5

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2021
© Издательство ВолгГМУ, 2021

I. ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

УДК 658

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Римма Дмитриевна Бокова

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель д. э. н. Н. Н. Косинова*

В настоящее время каждое медицинское учреждение постоянно испытывает весомое воздействие изменяющейся внешней среды. Эти воздействия могут носить различный характер: другие медицинские организации предоставляют похожую услугу по новой технологии с меньшими издержками; изменение курса в политической среде; эпидемиологическая обстановка в мире и т. д. В таких нестабильных условиях важно сформировать дееспособные команды, обеспечить эффективную эволюцию личности каждого, эффективно использовать информацию и знания.

Новая парадигма управления – реальные ответы на вызовы времени, быстрые и подчас непредсказуемые изменения внешней среды. Адаптация, приспособляемость стали жизненно важными и необходимыми качествами любой организации.

Возможности цифрового здравоохранения оказались в центре внимания во время пандемии COVID-19. Применение цифровых технологий, таких как предоставление консультаций, в режиме онлайн, чтобы гарантировать безопасность медицинских специалистов и пациентов и обеспечить непрерывность оказания помощи, может служить примером возможных путей использования потенциала цифровых технологий. Здесь на первый план выходит развивающаяся система «ТМС» (Теле-медицинская система) [1].

Единая телемедицинская система Минздрава России предназначена для предоставления медицинским организациям РФ, включенным в систему, доступа к телемедицинским ресурсам регионального и федерального уровней с целью выполнения следующих мероприятий:

- плановых, неотложных и экстренных телемедицинских консультаций врачей медицинских организаций Российской Федерации с врачами-консультантами ведущих медицинских учреждений регионального и федерального уровней;

- распространения передового опыта, новых методов и медицинских технологий, научных и практических достижений медицинских организаций федерального уровня в медицинские организации субъектов Российской Федерации [2].

Эти цифровые методы оказания медицинской помощи уже применяются в стране и, скорее всего, останутся с нами навсегда. Важно и далее укреплять первенство и обмен знаниями в этой сфере, чтобы обеспечить надлежащее медицинское обслуживание граждан и успешное применение новых технологий системами здравоохранения.

Данная платформа показывает большие перспективы в развитии цифровизации здравоохранения, что дает возможности в реализации дистанционного обучения медицинского персонала, обмена опытом и проведения консультаций в независимости от расстояния, снижения загруженности медицинских учреждений, экстренной помощи пациентам [3].

Включение в нашу повседневную жизнь цифровой трансформации, дало нам возможности, которыми мы не смогли бы воспользоваться десятки лет назад. Здравоохранение наконец-то начинает сокращать расстояние между ушедшими далеко вперед технологиями. Не надо забывать, что стремительное развитие цифровых технологий не прекращается, и дистанцию между предоставляемыми ими возможностями и потребностями здравоохранения следует уменьшать и дальше.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Kosinova, N. N. Health care digitalization in the digital economy of the Russian Federation: regional experience and directions of development [Text] / N. N. Kosinova, G. N. Ter-Akopov // AEBMR-Advances in Economics Business and Management Research. – 2019. – Vol. 83. – P. 213–217.

2. Аджиенко, В. Л. Стратегический анализ института государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения [Текст] / В. Л. Аджиенко, Н. Н. Косинова // Фармация и фармакология. – 2017. – Т. 5, № 4. – С. 380–400.

3. Kosinova, N. N. Public-Private Partnership in Regional Health Care Modernization: Analysis and Strategic Priorities of its Development [Text] / N. N. Kosinova, S. P. Sazonov, N. G. Glazkova // Atlantis Press. Advances in Economics, Business and Management Research (AEBMR), Competitive, Sustainable and Secure Development of the Regional Economy: "Response to Global Challenges". – 2018. – Vol. 39. – P. 321–325.

УДК 614.2

ИНФОКЛИНИКА КАК ЦИФРОВИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Екатерина Анатольевна Васенко

магистрант

Ирина Валерьевна Днепровская

к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

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 [1].

Прием пациента с обычной простудой должен быть опосредован следующими предварительными этапами. Главный врач клиники (или его заместитель) должен составить график работы врачей, регистратор – принять телефонный звонок и назначить пациента в расписание, терапевт – провести прием, кассир – принять оплату, старшая сестра – обеспечить наличие расходных материалов и медикаментов, бухгалтер – рассчитать зарплату сотрудникам. А если простуда не совсем обычная или пациент не самый обыкновенный, то в этой цепочке добавятся процедурная сестра, сотрудники собственной или внешней лаборатории, страховой компании, другие врачи – специалисты...

С точки зрения управления клиникой как предприятием, избавление пациента от легкого недомогания или серьезной болезни – это

классический бизнес-процесс, в котором задействованы многие сотрудники клиники. И от того, насколько этот бизнес-процесс проработан и формализован, насколько хорошо налажен обмен информацией между пациентом, сотрудниками клиники и внешними подрядчиками, во многом зависит качество проведенного лечения и удовлетворенность пациента от обращения за медицинской помощью.

Цель настоящего исследования – выявление влияния деятельности инфоклиники на решение проблемы цифровизации социально-управленческих отношений в здравоохранении.

В медицину информационные технологии пришли позже, чем во многие другие отрасли, поэтому, в отличие от госсектора, сферы телекоммуникаций или банковского бизнеса, большинство учреждений здравоохранения находятся в самом начале пути перехода к комплексной цифровизации. Система здравоохранения требует не просто модернизации, а создания новых инновационных цифровых систем здравоохранения, основанных на технологиях и способах управления, соответствующих современным условиям. При этом новая модель системы цифрового здравоохранения должна создаваться и начинать функционировать параллельно с существующей традиционной системой, постепенно выполняя и расширяя ее функции [4].

Одной из самых успешных информационных систем является «Инфоклиника». Более 1700 российских клиник используют данную систему. В функционал данной системы охватывает всю деятельность медицинского учреждения, а также система интегрирована с ЕГИЗ, порталом Госуслуг, ТФОМС и ДЛО. А также система имеет все необходимые модули успешного управления медицинским предприятием [4].

Функциональные возможности программного комплекса:

- авторизация и права доступа;
- ведение картотеки пациентов;
- различные виды поиска по картотеке;
- карточка пациента, просмотр и редактирование: персональных данных, документов, удостоверяющих личность, категории и страховых прикреплений, контактов пациента, условий обслуживания, ограничений, льгот, участковых врачей;

- расписание: просмотр сетки расписания, расширенный фильтр, просмотр и редактирование графика работы, назначений пациентов, резервов, поиск, копирование и перенос назначений по пациенту;
- администрирование [4].

Программа предназначена для поддержки кассовой операции по внесению разменного фонда в память фискального регистратора. Программа обеспечивает выполнение следующих функций: ограничение прав доступа на операции по внесению разменного фонда в память фискального регистратора, регистрацию кассовой операции по внесению разменного фонда в память фискального регистратора, протоколирование операций по внесению разменного фонда в память фискального регистратора в журнале событий. На основе этих результатов организация получает возможность ведения полноценного журнала кассовых операций, включающих операции по ведению разменного фонда [3].

Также в функции программы входит автоматическое получение прибором заданий на выполнение биохимических анализов крови и мочи пациентов в соответствии с нарядом-назначением по уникальному штрих-коду и последующей автоматической выгрузкой результатов в ЛИС, МИС и, соответственно, в электронную историю болезни. Программа выполняет перенос результатов с прибора в электронную историю болезни в режиме on-line, обеспечивая быстроту анализа данных и принятия медицинских решений. На основе полученных результатов возможна их группировка по именам пациентов, по номеру наряда или направления, по отделениям стационара и врачам, сделавшим назначения, по отдельным позициям прайс-листа и номеру карты [2].

Таким образом, благодаря медицинской информационной системе «Инфоклиника» пациенты могут получить доступ к своим медицинским документам (результатам анализов, выпискам с приема врача, рецептам на лекарства и т. д.) в цифровом виде, быстро записаться на прием к врачу и оплатить медицинские услуги со своего компьютера или мобильного устройства. Автоматизация упрощает организационные действия врача: прямо на приеме он может записать пациента на следующий прием, назначить исследования или процедуры, посмотреть результаты приема другого врача, назначить госпитализацию. Администрации медицинских учреждений используют системы

автоматизации для осуществления контроля качества лечения, использования финансов и других ресурсов, оптимизации нагрузки на персонал, обеспечения сохранности медицинских данных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Днепроvская, И. В. Переход на цифровое здравоохранение в рамках реализации национальных интересов РФ / И. В. Днепроvская, Д. В. Орлов [Текст] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – 380 с.
2. Черноусов, А. А. Модуль двустороннего сопряжения с биохимическим лабораторным анализатором Abbott Arhitect-8000 с МИС "ИНФОКЛИНИКА" версии 11.4 / А. А. Черноусов, О. Л. Чагунава, М. Ф. Баллюзек, Ф. А. Тугушева [Текст] // Общество с ограниченной ответственностью «Смарт Дельта Системс», Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук (СПб., больница РАН). – Санкт-Петербург, 2015.
3. Черноусов, А. А. Модуль по сопряжению фискального регистратора с возможностью ведения разменного фонда для МИС "ИНФОКЛИНИКА" версии 11.4. / А. А. Черноусов, О. Л. Чагунава, Р. А. Федорова, А. Р. Болотовский [Текст] // Общество с ограниченной ответственностью «Смарт Дельта Системс», Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук (СПб. больница РАН). – Санкт-Петербург, 2015.
4. Симанов, М. Д. Интеграция информационных систем в медицине / М. Д. Симанов, Т. Л. Лосаберидзе, А. А. Попов [Текст] // Постулат. – 2017. – № 12.

УДК 614.2

ЦИФРОВИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ТРЕНД В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ

Ольга Владимировна Верле

ассистент кафедры теоретической биохимии
с курсом клинической биохимии

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. В. В. Голиков*

К настоящему времени цифровизация все больше проникает во все аспекты жизни современного общества. Соответственно возникает закономерный вопрос о том, как можно использовать данный факт с пользой.

В начале этого года Topol Review провел независимое исследование, проведенное по заказу Министерства здравоохранения и социальной защиты Великобритании, и дал ряд рекомендаций по «подготовке медицинских кадров для обеспечения цифрового будущего». В данном документе описывается, каким образом инновации могут изменить медицинскую практику и роль персонала в ней, а также, каким образом следует реконструировать предоставление медицинских услуг и клиническое обучение персонала, чтобы полнее охватить цифровые инновации [1, 2].

«Цифровая трансформация медицинских услуг» рассматривается как важный и влиятельный процесс, который уже сейчас оказывает существенное влияние на систему здравоохранения и, несомненно, должен коренным образом изменить будущее систем здравоохранения [2, 3].

Несмотря на многочисленные проблемы, в цифровой трансформации здравоохранения в этом году достигнут значительный прогресс, который, вероятнее всего, продолжится в ближайшем будущем. С мощным развитием цифровых технологий система здравоохранения может стать свидетелем сдвига в системе управления данными: от хранения большого количества данных к извлечению из них информации, которая может поддержать такие области, как например, управление здоровьем населения. На фоне этого скачка существуют проблемы цифровизации в здравоохранении, связанные с устаревшими платформами, высокой стоимостью и сложностью новых технологий. Кроме того, кибербезопасность по-прежнему будет оставаться главной проблемой.

Цифровое здравоохранение использует телекоммуникационные и сетевые технологии для связи врачей с пациентами (а также с другими клиницистами и заинтересованными лицами) для удаленного оказания медицинских услуг и поддержания благополучия населения. Цифровизация здравоохранения, по-видимому, способна информировать, персонализировать, ускорять и увеличивать способность людей заботиться о себе и друг о друге [4].

Основная цель цифровизации – расширить доступ пациентов и врачей к критически важным медицинским услугам, улучшить клинические результаты, повысить вовлеченность потребителей, улучшить координацию в системе здравоохранения, снизить затраты и повысить эффективность всей медицинской отрасли.

Таким образом, благодаря беспрецедентным достижениям в области цифровых решений для здоровья, открытым и безопасным платформам, цифровая трансформация играет важную роль в закладке фундамента для новой модели оказания медицинской помощи, формировании превентивного и персонализированного будущего в медицине, продвижении более тесного сотрудничества между заинтересованными сторонами медицинской отрасли, а также снижении стоимости предоставляемых медицинских услуг и уменьшении количества инвазивных методов лечения и терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. The Topol Review – NHS Health Education England. – 2019. – URL: <https://topol.hee.nhs.uk>
2. Odone A., et al. Public health digitalization in Europe: EUPHA vision, action and role in digital public health / Odone A., et al. [Text] // European journal of public health. – 2019. – Т. 29, № 3. – P. 28–35.
3. Ricciardi W., et al. How to govern the digital transformation of health services / Ricciardi W., et al. [Text] // European journal of public health. – 2019. – Т. 29, № 3. – P. 7–12.
4. Azzopardi-Muscat, N. Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective / N. Azzopardi-Muscat, K. Sørensen [Text] // European journal of public health. – 2019. – Т. 29, № 3. – P. 13–17.

УДК 338.28

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА

Вячеслав Владимирович Голиков

к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

В последние годы в России происходит множество реформ в различных сферах и, в первую очередь, в социальной сфере. В условиях мировой пандемии, вызванной вирусом COVID-19, все чаще встает вопрос о необходимости перевода системы здравоохранения на рельсы цифрового управления, тем более что современную

медицину уже невозможно представить без цифрового оборудования и технологий.

В последнее время отношение к самому понятию «цифровое здравоохранение» в корне изменилось. Подстегнула это и пандемия коронавируса. При этом появилось понимание преимуществ, которые может обеспечить цифровизация как населению страны, так и работникам сферы здравоохранения.

Разработанный национальный проект «Здравоохранение» определяет цифровизацию системы здравоохранения как одну из ключевых задач на ближайшую перспективу.

Реализуется она в рамках федерального проекта «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ». В структуру этого национального проекта входит 8 федеральных проектов, на реализацию которых до 2024 г. предусмотрено более 1,7 трлн руб. Из них на федеральный проект по цифровизации выделено около 10 %, то есть 170 млрд руб. Задача цифровизации – получать структурированную, достоверную и оперативную информацию, которая необходима и врачам, и специалистам в сфере управления здравоохранения [1].

Ключевыми направлениями развития цифровой медицины в последнее время стали: внедрение электронных медицинских карт, развитие мониторинга состояния пациента и предоставление медицинских услуг с помощью встроенных интеллектуальных устройств, а также телемедицина.

При этом были выделены основные плюсы цифровизации здравоохранения: финансовые (экономия расходов за счет сокращения контактов пациентов с врачами и модернизации организационной системы оказания услуг); социальные (рост доступности качественной медицинской помощи); профессиональные (повышение качества услуг за счет сокращения количества врачебных ошибок, развития предиктивной медицины, повышения эффективности клинических исследований) [4].

Особенно это актуально в новых условиях затяжной пандемии, которая привела к снижению реальных доходов населения РФ.

Однако есть проблемы, которые мешают внедрению цифровых технологий в медицину. Так, например, в сфере законодательства необходимы новые технологические реалии. Необходимо сформировать

специализированное нормативно-правовое пространство инновационного характера. В мае 2020 г. правительство РФ одобрило законопроект о телемедицине, который позволяет оказывать дистанционную медицинскую помощь: проводить консилиумы, консультации, отслеживать состояние здоровья больных на расстоянии, выписывать электронные рецепты и справки.

Еще одна проблема связана с таким технологическим фактором, как недостаточность уровня интеграции в единую сеть и дефицитом подключений к сетям высокоскоростного Интернета в регионах (особенно в сельской местности) как у врачей, так и пациентов. Подключение всех государственных медицинских организаций к ЕГИСЗ планируется только к 2025 г. При этом реализация проекта по устранению цифрового неравенства, который предполагает подключение к Интернету для жителей сельских, удаленных и труднодоступных районов, пока сталкивается с объективными сложностями в финансировании [2].

Таким образом, крайне важно как можно скорее внедрить программу реформ в управлении и финансировании системы здравоохранения РФ [3], которая позволит сохранить устойчивость, улучшить материальное положение медицинских работников и тем самым обеспечить стабильность развития предоставления медицинских услуг в обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Контур уже виден [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2020/09/16/cifrovizaciia-zdravoohraneniia-povysit-dostupnost-medicinskoj-pomoshchi.html> (дата обращения: 16 сентября 2020 г.).
2. Предложения по реформе здравоохранения РФ после завершения пика пандемии COVID-19 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://roscongress.org/materials/predlozheniya-po-reforme-zdravookhraneniya-rf-posle-zaversheniya-pika-pandemii-sovid-19/> (дата обращения: 16 сентября 2020 г.).
3. Соболева, С. Ю. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения / С. Ю. Соболева, И. В. Максимова [Текст] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 3–8.
4. Цифровая революция в здравоохранении: достижения и вызовы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tass.ru/pmef-2017/articles/4278264> (дата обращения: 16 сентября 2020 г.).

УДК 339:35

**АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
ДИСПАНСЕРОВ РФ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ
ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
В СРАВНЕНИИ I КВАРТАЛА 2020 г.
С АНАЛОГИЧНЫМ ПЕРИОДОМ 2019 г.
(на примере онкодиспансера г. Волгограда)**

Юлия Александровна Забазнова

магистрант

Дмитрий Юрьевич Кочетков

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. В. В. Голиков*

В настоящее время смертность и инвалидизация населения от онкопатологии во всех странах мира имеет постоянный рост. Высокая распространенность и социальная значимость онкологических заболеваний, а также прогресс науки определяют для мировой фарминдустрии приоритетность непрерывного поиска новых инновационных методов лекарственной терапии, способных повлиять не только на продолжительность жизни пациентов, но и способствовать развитию самого фармрынка. Что касается Российской Федерации, онкологические заболевания занимают здесь второе место среди причин смертности населения. Поскольку здоровье нации – это приоритетная задача государства, особенно важно в современных сложных экономических условиях обеспечить население отечественными лекарственными средствами.

Онкология считается одной из самых тяжелых отраслей медицины, так как характеризуется неуклонным ростом заболеваемости и низкой результативностью лечения, а также экономическими аспектами проблемы. Применение новейших импортных противоопухолевых препаратов требует широких финансовых затрат, учитывая сверхвысокую стоимость инновационных схем химиотерапии [9].

Данный факт стал одной из причин создания правительством РФ стратегии развития фармацевтической промышленности Российской

Федерации в 2009 г. – «Фарма 2020», а в 2018 г. и «Фарма 2030», в рамках которой также ожидается прорывное научно-технологическое и социально-ориентированное развитие отечественной фармацевтической промышленности, создание в фармотрасли высокопроизводительного экспортно-ориентированного сектора [1, 2].

Следует отметить, что, по заявлению первого заместителя Министра промышленности и торговли Российской Федерации Сергея Цыбы, как итог реализации госпрограмм к настоящему времени больше половины закупаемых в Российской Федерации онкопрепаратов – отечественного производства, а ежегодный прирост их продаж в натуральном выражении составил 20 % [3, 4].

Согласно аудиту фармацевтического рынка РФ, проведенного компанией GSM Group, в марте 2020 г. отмечается увеличение доли российских препаратов по отношению к марту 2019 года на 2,3 % в денежном выражении и на 0,4 % в натуральном. Импортные лекарственные препараты превысили в стоимостном выражении 66,2 % объема рынка и по итогам месяца составили 38,7 % в натуральном объеме аптечного рынка РФ. При абсолютных показателях также отмечается увеличение продаж в рублях как у российских препаратов, так и у зарубежных: +57,0 % и +41,5 % соответственно. В натуральных единицах измерения объем реализации отечественных средств вырос на 35,8 %, тогда как темп прироста продаж зарубежных лекарственных препаратов составил 33,4 %, чем и обусловлено изменение структуры рынка в пользу российских лекарств [5].

Например, в 2013 г. в РФ только 94 противоопухолевых препарата из 286 торговых наименований имели российское производство, то есть 33 %. Уже в 2018 г. из 393 зарегистрированных противоопухолевых препаратов 162 российского производства, то есть 41 %. Видно, что за пять лет установлена статистически значимая тенденция по увеличению противоопухолевых препаратов отечественного производства на 8 % [8].

По состоянию на I квартал 2019 г. ассортимент лекарственных препаратов в Волгоградском онкологическом диспансере представлен 256 наименованиями. Из них 125 противоопухолевых препаратов и 131 соматический. 114 онкопрепаратов из рассматриваемых входят в список жизненноважных. 52 % – онкопрепараты отечественного производства, 20 % швейцарских препаратов, 5,6 % – произведены

в США, 4,8 % – во Франции, по 4 % – в Нидерландах и Германии, 3,2 % – в Великобритании, 2,4 % – в Японии, по 1,6 % – в Дании и Индии, 0,8 % – в Казахстане [7].

Среди соматических препаратов 104 наименования входят в список жизненноважных. 83,2 % из общего числа соматических препаратов имеют отечественное производство. 3,8 % – из Германии, 3 % сделаны в Нидерландах, по 1,5 % – в Израиле, Франции, Индии, Украине, по 0,8 % произведены в Швейцарии, Словении, Корее, Финляндии, Ирландии.

В I квартале 2020 г. ассортимент лекарственных препаратов в Волгоградском онкологическом диспансере представлен 210 наименованиями. Из них 89 онкопрепаратов и 121 соматический. 85 онкологических препаратов входят в список жизненноважных. Из онкопрепаратов 47,1 % произведены в России, 20 % – в Швейцарии, по 7,9 % сделаны в США и Франции, 4,5 % – в Нидерландах, по 3,8 % – в Германии и Казахстане, 2,2 % – в Великобритании, по 1,1 % – в Дании, Финляндии и Исландии [6].

В рассматриваемой группе соматических препаратов 73 % имеют российское производство, 6,6 % произведены в Германии, 5 % – в Нидерландах, 4,1 % – из Швейцарии, по 2,5 % – в Словении, США, Франции, по 0,8 % – в Австрии, Индии, Польше, Финляндии, Дании.

В результате оценки полученных результатов видно, что программы по импортозамещению в большей степени реализованы среди лекарственных препаратов общесоматического назначения и в меньшей степени среди онкопрепаратов. В целях увеличения объема импортозамещения при производстве противоопухолевых лечебных препаратов необходимо обеспечить государственную поддержку российских производителей, впервые регистрирующих отечественные аналоги. Особое внимание следует уделить производству отечественных фармацевтических субстанций, без которых невозможно обеспечить лекарственную безопасность страны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.rus>.
2. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products>.

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2015 г. № 1289 г. Москва «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru>.
4. Минпромторг представил план продвижения и экспорта инноваций российской фармпромышленности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minpromtorg.gov.ru/presscentre/news>.
5. Фармацевтический рынок России. Март 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://dsm.ru>.
6. Приказ Министерства промышленности и торговли Российской Федерации от 23.10.2009 №965 «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4089282/prime>.
7. Рыжова, О. А. Результаты анализа импортозамещения противоопухолевых лекарственных препаратов в РФ за 2013–2018 годы [Текст] / О. А. Рыжова, Т. Л. Мороз // Фармация и фармакология. – 2019. – № 7(2). – С. 105–111.
8. Широкова, И. Рынок онкологических препаратов: точки роста и перспективы развития [Текст] / И. Широкова // Ремедиум. – 2014, июнь. – С. 24–31.
9. Государственный реестр лекарственных препаратов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://grls.rosminzdrav.ru>.

УДК 004:614.2

ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ НА РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Рафаэль Риза оглы Зейналы

студент

Илья Сергеевич Кувшинов

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. **И. В. Днепровская***

В статье обосновывается необходимость цифровизации сферы здравоохранения, ведь мы являемся свидетелями стремительных изменений современной социально-экономической системы посредством внедрения различных цифровых технологий. Процесс цифровизации и информатизации способен обеспечить прорыв

в повышении доступности и улучшении качества услуг без роста расходов на здравоохранении. В Российской Федерации на протяжении около 10 лет активно внедряются и реализуются многие заметные по мировым масштабам информационно-аналитические проекты. Авторами проведен анализ внедрения цифровых технологий в здравоохранении. Необходимо понимать, что вопрос о цифровизации современной медицинской организации нельзя оставлять открытым, так как его успешное разрешение влияет на всю сферу здравоохранения.

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 здравоохранении. 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 слабых и сильных сторон цифровизации в сфере здравоохранения в настоящее время, а также прогноз развития на ближайшее время.

В соответствии с намеченной целью были определены следующие методы: анализ информационных систем и программных обеспечений в сфере медицины, частные беседы с работниками медицинских учреждений г. Волгограда, SMART и PEST-анализы.

Вопросы внедрения и развития цифрового здравоохранения в РФ затрагивают сразу несколько компонент комплекса национальных интересов, а именно: социальную, экономическую, научно-техническую, а также государственную составляющие [2]. Современная медицинская организация должна соответствовать следующим критериям: лучше, быстрее, дешевле. Что же может повлиять на это? Во-первых, необходимо грамотно оптимизировать время оказания медицинских услуг. Принцип оперативности нарушается, когда при обращении к врачу специалист регистратуры начинает бесконечные поиски медицинской карточки. Часто бывают ситуации, когда карточка пациента теряется, приходится заново оформлять медицинский документ. В решении этой проблемы может помочь электронная база данных пациентов, где вся информация о лечении и состоянии здоровья будет не только храниться, но и активно использоваться. Безусловно, это максимально

сократит время оказания медицинской услуги. Во-вторых, развитие телемедицины даст лучшие результаты в операционной деятельности врачей. Всем известны единичные случаи проведения сложнейших операций, проводимых с применением технологий телемедицины, где врачи на прямой связи консультировали коллег по проведению хирургических вмешательств. Эффективность деятельности повышается в разы. Так, почему бы не использовать телемедицину и в менее сложных операциях? Станет меньше врачебных ошибок. В-третьих, как повысить качество медицинских услуг в отдаленных регионах? Ответ может дать цифровая медицина, цифровые карточки и единая база данных, благодаря которым получить медицинскую услугу можно было бы в любом регионе страны и даже за регионом. Местные лечебно-профилактические учреждения начали бы развиваться и конкурировать по качеству, оперативности оказанию медицинских услуг с федеральными центрами регионов. Медицинский туризм повысил бы возможности людей из отдаленных регионов получать необходимое лечение [2].

Подводя итог, хочется отметить, что цифровизация медицины и IT-технологии – это перспективное направление развития здравоохранения страны. Оперативные решения и электронные информационные системы сделали бы медицину доступнее, качественнее, быстрее и дешевле.

Важно понимать, что вопрос о цифровизации в сфере здравоохранения в современной медицинской организации нельзя оставлять открытым и что бы ни говорили о IT-технологиях в медицине, главная цель – повысить эффективность взаимодействия всех сфер здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Днепровская, И. В. Переход на цифровое здравоохранение в рамках реализации национальных интересов РФ [Текст] / И. В. Днепровская, Д. В. Орлов // 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»), 14–15 ноября 2019 г. – С. 25.

2. Зейналлы, Р. Р. Цифровая революция отечественного здравоохранения [Текст] / Р. Р. Зейналлы // Материалы Национальной студенческой научно-практической конференции «Качество управленческих кадров и экономическая безопасность организации», 28 марта 2019 г. Курск. – С. 68.

УДК 338.4

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

Надежда Николаевна Ивер

к. э. н., доцент

Ксения Владимировна Шмелева

магистрант

Саратовский государственный технический университет им. Ю. А. Гагарина

На данный момент рынок медицинских услуг в России подвержен влиянию множества факторов, в том числе политических, социальных и экономических последствий эпидемии COVID-19. Несмотря на реактивный рост спроса на отдельные виды медицинских услуг, в целом ограничение международных перевозок, введенный на территории страны режим самоизоляции, снижение платежеспособности населения, а также ограниченные возможности планирования и прогнозирования оказывают негативное влияние на ситуацию на рынке. В данной статье проанализированы показатели рынка частных медицинских услуг за предыдущий период, а также сделан прогноз развития рынка с учетом текущих изменений.

Рынок частной медицины в России на данный момент считается активно растущим и обладающим большим потенциалом. Это связано с тем, что на нем существует постоянный спрос, поскольку государственные медицинские учреждения не могут полностью удовлетворить потребность населения в медицинских услугах (и с каждым годом реальные расходы на здравоохранение снижаются, а степень неудовлетворенности населения растет) [4].

Если рассмотреть динамику объема рынка платных медицинских услуг в России в период с 2006 по 2019 г., то можно увидеть, что в целом за данный период он демонстрирует заметный прирост, однако то и дело испытывает на себе влияние негативных макроэкономических явлений, в частности, экономических кризисов 2008 и 2015–2016 гг. Максимального прироста показатель достигает в 2011–2012 гг. (период максимальной финансовой стабильности между двумя экономическими

кризисами). Тем не менее, полностью реализовать свой потенциал, а также оправиться после падения показателей в 2016 г., рынок платных медицинских услуг к концу 2019 г. не смог (рис.).

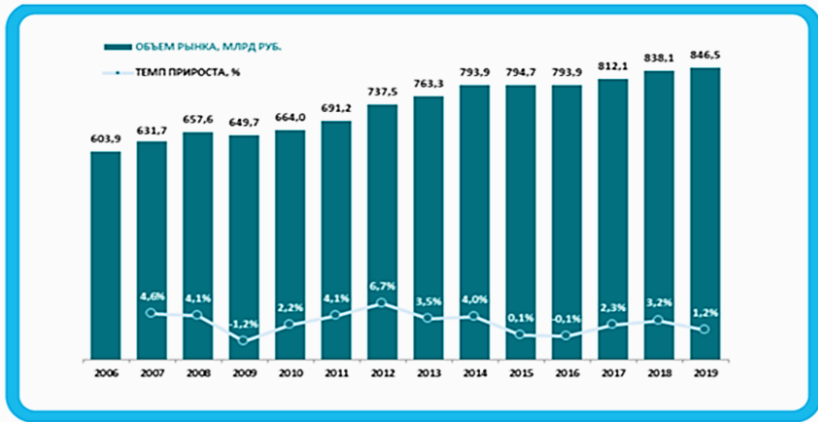


Рис. Динамика объема рынка платных медицинских услуг в России, 2006–2019 гг., млрд р., в сопоставимых ценах 2019 г., % (источник: оценки РБК Исследования рынков [8])

Уже сейчас уверенностью можно сказать, что показатели 2020 года также не дадут никакой положительной динамики.

В данный момент рынок медицинских услуг как отдельно взятого региона, так и Российской Федерации в целом, и всего мира претерпевает существенные изменения [6]. Помимо тенденций, наметившихся в период с 2017 по 2019 г., огромное влияние на структуру и величину спроса на данном рынке оказала пандемия COVID-19. Может показаться, что в данный период диагностические исследования стали более востребованы, однако это утверждение неверно: действительно, спрос на исследования органов дыхательных путей, в частности, компьютерную томографию легких значительно возрос, однако он может быть удовлетворен лишь частично (до полной загрузки оборудования). В то же время значительно снизился спрос на большинство других категорий исследований, а также предложение – то есть способность организаций эти услуги оказывать. Это связано с множеством факторов, таких как:

- снижение материальных возможностей потребителя и перенаправление финансовых потоков [1];
- рост заболеваемости среди всех групп населения, в том числе медицинского персонала;
- перенаправление имеющихся в распоряжении организаций трудовых ресурсов;
- снижение посещаемости населением любых публичных мест, включая медицинские центры, в случае, если их обращение не носит экстренный характер, в связи с режимом самоизоляции [2].

Кроме того, медицинские центры в значительно большей мере, чем организации, действующие в других отраслях экономики, понесли затраты, связанные с усилением санитарных мер. В результате, по данным издания «Коммерсантъ», частные многопрофильные клиники столкнулись с периодом с марта по июль 2020 года с падением оборота на 80–90 % [5]. Предполагалось, что вернуться к обычному ежемесячному обороту частные медицинские центры смогут к концу третьего квартала 2020 года при условии отсутствия второй волны эпидемии, однако эти прогнозы не оправдались.

Считаем целесообразным в прогнозе развития рынка частных медицинских услуг на 2021 год исходить из того, что действие усиленных мер по недопущению распространения вируса будет продолжаться. Несмотря на это, рост спроса на услуги диагностических и многопрофильных медицинских центров все же ожидается, поскольку сама по себе необходимость в исследовании и лечении хронических и иных заболеваний, не связанных с вирусом COVID-19, в связи с эпидемией не отменяется. Возвращение пациентов к решению имеющихся у них проблем со здоровьем может привести к получению организациями так называемой «отложенной» выручки, что окажет положительное влияние на финансовые показатели будущего года.

Попробуем проанализировать тенденции, характерные для рынка платных медицинских услуг в 2017–2019 гг., с учетом изменений, которые в них вносит эпидемиологическая, социальная и экономическая ситуация, сложившаяся к концу третьего квартала 2020 г.

1. Динамика структуры рынка частных медицинских услуг.

Рынок ЧМУ можно условно разделить на три больших сектора: это «легальный» рынок (официальные кассовые платежи), «теневой» рынок (медицинские услуги, оплачиваемые неофициально) и полисы ДМС. За последние 5 лет, по данным оценки РБК, доля «теневого» рынка

сократилось с 24 до 15 %, а доля «легального», напротив, выросла с 62 до 69 %. Предполагается, что данная тенденция будет сохраняться.

Доля медицинских услуг, оказываемых по полисам ДМС, долгое время была неизменной и составляла около 14 %. Это связано с тем, что в России не распространена практика самостоятельной покупки ДМС – пациенты предпочитают пользоваться услугами, покрываемыми полисом ОМС, а услуги частных медицинских клиник оплачивать индивидуально. Таким образом, полисы ДМС являются в основном корпоративными, и позволить их себе могут в основном крупные организации с высоким маржинальным доходом. Поскольку данные организации также испытывают на себе отрицательное влияние общей экономической ситуации, складывающейся в 2020 г., доля ДМС в общей структуре частных медицинских услуг не только не вырастет, но, предположительно, даже снизится на 1–2 %.

2. Медицинский туризм. В предыдущие пять лет получил развитие как международный, так и внутренний медицинский туризм. В то время как часть российских граждан отправлялась за медицинской помощью за рубеж, в частные медицинские клиники РФ обращались граждане Китая, Южной Кореи и других стран, которых привлекало соотношение цены и качества оказываемых услуг. Наибольшим спросом пользовались такие направления, как стоматология, пластическая хирургия, гинекология, урология, офтальмология, кардиология. Внутренний туризм работал в обе стороны: в то время как жители регионов отправлялись в Москву и Санкт-Петербург за медицинской помощью, которой не могли получить в своем регионе, жители крупных городов отправлялись в менее населенные пункты с целью экономии денежных средств.

Во втором и третьем кварталах 2020 года международный медицинский туризм практически приостановился, а внутренний – значительно сократился из-за временного закрытия границ и ограничения перемещений между регионами. Несмотря на постепенное ослабление ограничительных мер, связанных с эпидемией, ожидается, что при благоприятной внешней обстановке полностью «доэпидемиологического» уровня показателей, связанных с медицинским туризмом, удастся достигнуть только к середине 2021 г.

3. Укрупнение и качественная сегментация рынка. В 2018–2019 гг. доля крупных сетевых клиник от всего объема рынка составляла около 33 %. Предполагается, что естественное укрупнение участников рынка на этом достигло своего предела, поскольку дальнейшее поглощение

мелких организаций более крупными игроками рынка становится все более сложным с экономической точки зрения. В то же время современные реалии рынка выводят на первый план материальную устойчивость организации, более характерную для крупного бизнеса, и, по крайней мере, часть компании-представителей малого и среднего бизнеса на рынке [7] частных медицинских услуг могут не выстоять во вторую и последующие волны эпидемии. Возможно возникновение новых интегрированных форм взаимодействия между такими участниками рынка [3], в противном случае, соотношение крупных сетевых клиник и мелкого частного бизнеса в данной отрасли снова изменится.

Таким образом, современная эпидемиологическая, а в последствии – социальная и экономическая обстановка оказывает значительное влияние как на актуальное состояние рынка частных медицинских услуг, так и на сформировавшиеся на нем за предыдущий период тенденции. Резко возросший градус неопределенности сокращает горизонт планирования до минимума, что связано, помимо необходимости в своих экономических расчетах опираться на прогнозные данные принципиально иной области знаний, с тем, что принимаемые в связи с уровнем заболеваемости меры могут различаться от одного временного промежутка к другому, а также в зависимости от региона. В целом, уже сейчас можно предположить, что сложившаяся ситуация окажет влияние как на ассортимент оказываемых услуг, так и на структуру рынка в целом. Увеличится доля крупных компаний, снизится уровень дополнительного медицинского страхования, однако объем потребления частных медицинских услуг в целом постепенно восстановится, и, предположительно к концу первого полугодия 2021 г., выйдет на «доэпидемиологический» уровень.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аракелова, И. В. Маркетинг лояльности – инновационная концепция современного маркетинга [Текст] / И. В. Аракелова, И. М. Кублин // Актуальные проблемы экономики и менеджмента. – 2014. – № 3 (3). – С. 42–47.
2. Аракелова, И. В. Анализ и оценка эффективности современных программ лояльности потребителей [Текст] / И. В. Аракелова // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2013. – № 17 (120). – С. 46–51.
3. Бурмистрова, И. К. Рынок B2B – современные формы сотрудничества и развития [Текст] / И. К., Бурмистрова, И. М. Кублин // Наука и общество. – 2018. – № 2 (31). – С. 9–13.
4. Воронкова, Е. А. Проблемы фармацевтического бизнеса при реализации лекарственных препаратов через Интернет [Текст] / Е. А. Воронкова, И. М. Кублин // Экономическая безопасность и качество. – 2018. – № 3 (32). – С. 36–40.

5. Панов, А. В. Экспорт медицинских услуг в Ростовской области: проблемы и перспективы развития [Текст] / А. В. Панов, Т. Ю. Быковская // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – № 7–2(97).

6. Ивер, Н. Н. Современные маркетинговые инструменты управления качеством продукции и услуг: стратегии, подходы и проблемы [Текст] / Н. Н. Ивер, И. М. Кублин, А. А. Максаев // Экономика и предпринимательство. – 2019. – № 5 (106). – С. 729–736.

7. Празян, И. В. Маркетинговое обеспечение конкурентоспособности предприятий легкой промышленности [Текст] : дис. ... к. э. н. / Празян И. В. – Волгоград, 2007.

8. Хитров, С. Рынок частной медицины в России [Электронный ресурс] / С. Хитров // Блог Medods. Журнал директора клиники. – Режим доступа: <https://medods.ru/post/rynok-chastnoi-meditsiny-v-rossii>.

УДК 65.01

МАРКЕТИНГОВАЯ ПАРАДИГМА СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ЖИЗНЕННЫМ ЦИКЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ФИРМЫ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМОДЕРНИСТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕОРИИ

Сергей Александрович Князев

к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Евгения Борисовна Москаленко

магистрант

Анна Сергеевна Мужиченко

магистрант

Ольга Анатольевна Санникова

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

Изменения в функционировании базиса социальной жизни – экономики – не могло не привлечь к себе внимания исследователей из различных сфер науки [1]. Эти фундаментальные изменения нашли свою философскую концептуализацию в трудах, например, Ж. Бодрийяра [2]. Он, как и другие его коллеги-исследователи пост-модерна, отметил одну из ключевых особенностей экономического образа жизни и мысли – переход от материального производства к производству «знаков».

Собственно, экономисты также уже давно в своих эмпирических исследованиях и теоретических размышлениях указывают на такие глубинные изменения в экономической сфере, когда стоимость знака стала многократно превышать стоимость означаемой вещи. Так, например, при оценивании стоимости бизнеса часто выясняется, что нематериальные активы (бренд, репутация и т. д.) часто стоят дороже, чем материальные (здания, оборудование и т. д.). Такая революция стоимости как сама стала результатом изменений в экономической сфере, так и породила последующие революционные изменения (например, в мотивации топ-менеджеров).

А что такое нематериальный актив фирмы? С точки зрения современного подхода в научной методологии (после так называемого «лингвистического переворота» в социально-гуманитарном знании), НМА – это текст, как, впрочем, и все остальные экономические отношения [3].

Фирма – это тоже текст, автор которого не только коллективен и во многом неизвестен, но и в постмодернистской парадигме является «умершим». Педалирование темы «смерти» в философии и методологии постмодернизма не является случайным. Умер «Бог», умер «автор». Смерть «собственности» через ее распыление тоже, скорее всего, уже произошла. Видимо, стоит прогнозировать и смерть «организации» как идеи, как объединяющего концепта. И если смерть «реально» существующей организации мы воспринимаем как очередной факт в цепи экономических событий – закрылась больница, обанкротился завод, то смерть организации как идеи происходит через размывание ее границ и через обесценивание существования организаций. Первое происходит через транспарентизацию границ фирм, «уплощение» и ризоматизацию иерархически-бюрократических структур фирмы. Второе наблюдается в отрицании субстанциональности организации как универсалии, вплоть до признания организации юридической фикцией, а значит, опять же отнесения организации к числу знаковых, чисто лингвистических феноменов. Возможно это реакция на ту сложность феномена, с которой мы сталкиваемся при анализе организаций и на которую давно указывают ситуационный подход в менеджменте, пост- и неоинституционализм [4].

Ключевыми чертами постмодернистской организационной теории являются: внимание к герменевтике, к семиотике, к дискурс-анализу. Это позволяет более адекватно исследовать ту организационную реальность, которая как метафора представляется то в виде лоскутного одеяла, то в виде ризомы, то в виде палимпсеста. Важным методологическим моментом является признание и учет момента «игры» на этом обширном поле интерпретаций со стороны всех участников процесса: стейкхолдеров, исследователей, консультантов и т. д. [5].

Стратегический менеджмент является одной из передовых дисциплин в рамках организационной теории. Маркетинг – квинтэссенция рыночности в менеджменте, островок экономической свободы в мире дирижируемой бюрократии. Если представить организацию в рамках модернистской метафоры как поля битвы транзакционных издержек с издержками контроля, то именно маркетинг открывает широкие перспективы для продления жизненного цикла конкретной фирмы посредством вовлечения в «рыночную игру» в результате использования особого маркетингового языка (или маркетингового дискурса, если быть точнее). Первостепенным в стратегии перестает быть последовательная реализация запланированных заранее мероприятий, а вот язык и игра, наоборот, становятся значимыми стратегическими (опять же – намерительными) активами фирмы.

Допустим, языковая игра стейкхолдеров фирмы происходит вокруг темы «кризиса». В медицинской фирме знаком этого может быть отток пациентов. И решением вопросов: на каком языке мы говорим со своими потенциальными пациентами? с кем мы говорим? В рамках этой игры можно прийти к идее привлечения новой категории пациентов, зарубежных, к концепту «экспорт медицинских услуг», который, возможно, корректнее заменить на «импорт зарубежных пациентов».

Знак, значение, интерпретация становятся базовыми концептами и действиями менеджмента фирмы по продлению ее жизненного цикла. При этом необходимыми становятся действия по повышению прозрачности границ фирмы через достижение понимания транслируемых значений и по предотвращению опасности превращения знака в симулякр как уродливую копию, смысл которой оторван от оригинала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. McCloskey D. The Genealogy of Postmodernism: An Economist's Guide [Text] // Amariglio J., Cullenberg S., Ruccio D. F. (eds.) Postmodernism, Economics and Knowledge. – L.: Routledge, 2001. – P. 120.
2. Бодрийяр, Ж. Символический обмен и смерть [Текст] / Ж. Бодрийяр. – М.: Добросвет, 2000. – 387 с.
3. Болдырев, И. Экономическая методология и постмодернизм [Текст] / И. Болдырев // Вопросы экономики. – 2006. – № 11. – С. 59–78.
4. Каммингс, С. Реконструкция стратегии [Текст] / С. Каммингс. – Х.: Изд-во Гуманитарный центр, 2010. – 560 с.
5. Катькало, В. С. Эволюция теории стратегического управления. [Текст] / В. С. Катькало. – СПб.: Высшая школа менеджмента; Издат. дом С.-Петерб. гос. ун-та, 2011.

УДК 331.1

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТАМИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ

Наталья Николаевна Косинова

д. э. н., проф. кафедры экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

Мария Юрьевна Попова

к. э. н., главный эксперт проектного офиса «Совершенствование систем
и процессов управления»

ГБУ г. Москвы «Аналитический центр»

Алена Владимировна Поворина

директор по инвестициям и инвестпроектам

Государственная корпорация «РОСТЕХ»

Интерес к управлению проектами возрастает с каждым годом во всех сферах деятельности по всему миру. В Российской Федерации также отмечен рост количества специалистов в области проектного менеджмента на основании анализа статистики получения сертификатов PMI в России за 2000–2020 гг. И это полностью оправдано, ведь проектный менеджмент доказал свою эффективность миру и был признан высококлассной организационно мыслительной культурой

реализации проектов самого разного вида. Развитие методологий проектного менеджмента в XXI веке существенно зависит от развития мировой экономической системы, развития науки и технологий, появления новых областей знаний. Сегодня одной из наиболее значимых тенденций развития общества в целом является цифровизация экономики. Она обуславливает формирование нового взгляда на проектное управление в целом [1].

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 2 марта 2019 г. № 234 на Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации возложены функции Проектного офиса по реализации программы «Цифровая экономика Российской Федерации», что подразумевает применение проектного подхода для реализации программы [2].

Тенденция развития цифровой экономики обуславливает формирование нового взгляда на проектное управление в целом. Логично, что какой бы высокоперспективной не была стратегия кампании, большую роль все же играет способность хозяйствующих субъектов ее реализовать, на что непосредственно и направлены различные методологии проектного менеджмента. А учитывая тот факт, что цифровизация ведет к ускорению бизнес-процессов, то необходимо быстрее реагировать на изменяющиеся условия внутренней и внешней среды. Уже на первом этапе управления проектом в условиях цифровой экономики компании оказываются перед условным выбором: придерживаться проверенных годами канонов проектного менеджмента либо достигнуть конечной цели, тогда следовать строгим предписаниям проектного управления у них попросту не получится. Что является вполне логичным, так как выбор, очевидно, всегда будет падать на конечный результат, иначе смысл реализовать такие кампании просто исчезает.

В сложившейся ситуации серьезные трудности могут возникнуть у сформировавшихся устойчивых компаний и органов государственной власти (уполномоченных по реализации проектов программы «Цифровая экономика») в связи с тем, что различные корпоративные стандарты, а также инструменты проектного управления в таких организациях в значительной степени противоречат самой логике и непосредственно темпу развития проектов цифровой экономики. В случаях со стартапами такие трудности, как правило, отсутствуют в связи

с обусловленной спецификой функционирования тех рынков, на которые непосредственно и нацелены их проекты. Но несмотря на это, утверждать, что никакие инструменты и правила проектного менеджмента в эпоху цифровой экономики не работают, было бы ошибочно.

Сегодня существует масса различных инструментов проектного менеджмента:

- «WATERFALL» (водопад) является одной из наиболее известных методологий управления, сущность которой состоит в разделении проекта на несколько последовательных этапов, каждый из которых имеет определенную цель и сроки выполнения. При этом тщательно прорабатывается план, который остается неизменным до окончания работы, а реализация проекта осуществляется последовательно;

- «SCRUM» относится к более гибким методологиям, благодаря которой возможно выполнить взятые обязательства меньшими силами, быстрее и с более низкими затратами. Здесь, в отличие от методологии «WATERFALL», проект делится не на этапы, а на так называемые «спринты», каждый из которых имеет свой отдельный конечный результат для пользователя;

- «PRICE2» является методологией, при которой управление проектами происходит в контролируемых средах. В основу «PRICE2» положены следующие шесть базовых принципов: постоянная оценка экономической целесообразности проекта, подготовка и переподготовка сотрудников организации с учетом полученного опыта, строгая иерархическая структура, цель – качество конечного продукта, разделение проекта на отдельные этапы, оптимизация инструментов проектного управления [3].

При этом различные положения проектного управления не ставят барьеры к их модификации, а напротив, располагают к регулярной адаптации концепций управления, учитывая изменения во внешней и внутренней среде проекта и корректировки конечной цели.

Каждая методология имеет свои преимущества и недостатки и применяется в зависимости от комплекса факторов. В табл. 1 представлены преимущества и недостатки, присущие каждому инструменту.

Таблица 1

**Преимущества и недостатки различных методологий
управления проектами**

Наименование методологии управления проектами	Преимущества	Недостатки
WATERFALL (водопад)	<ul style="list-style-type: none"> - простота в использовании. Даже при отсутствии опыта данную методологию легко понять и освоить интуитивно; - жесткость методологии является как преимуществом, так и недостатком – невозможность вернуться назад стимулирует специалистов выполнять каждый этап максимально хорошо, что позволяет добиваться на практике лучших результатов 	<ul style="list-style-type: none"> - жесткость методологии не позволяет внести изменения, таким образом в случае обнаружения ошибки придется начинать проект с самого начала; - не подходит для управления долгосрочными проектами, так как с течением времени могут измениться условия и требования
SCRUM	<ul style="list-style-type: none"> - благодаря делению на 30-дневные спринты становится возможным решение более сложных задач при управлении проектами; - есть возможность быстрого внесения изменений; - наличие обратной связи с заинтересованными сторонами 	<ul style="list-style-type: none"> - возможно неконтролируемое расширение масштабов проекта, связанное с отсутствием менеджера и с тем, что нет конкретной даты завершения проекта; - возможен провал, связанный с низкой самоорганизацией и немотивированностью участников; - недостаточная гибкость для больших команд
PRICE2	<ul style="list-style-type: none"> - пониженные риски, связанные с подробным документированием проекта, учитывается предыдущий опыт 	<ul style="list-style-type: none"> - сложное адаптирование к изменениям

Применение гибких методов, таких как Scrum, по своей сути, вполне может являться отличными фреймворками для проектов, развивающихся в условиях цифровой трансформации. Ведь именно этим и характеризуются гибкие методологии: готовность подстраиваться под новые условия.

Серьезной проблемой становится то, что зачастую трудно произвести оценку требуемого бюджета, сопутствующих проекту рисков, а также количество единиц затрат труда персонала на цифровизацию какого-либо бизнес-процесса непосредственно перед началом проекта, что как раз-таки является ключевой особенностью подходов PRINCE2 и традиционной методологии. Исходя из этого в условиях цифровой экономики не обходимы гибкие подходы проектного управления, позволяющие эффективно корректировать и добавлять новый функционал в системах. Однако при изначальном внедрении все же стоит устанавливать жесткие рамки по срокам и функциональной наполняемости систем, что, в свою очередь, может дать заказчикам уверенность в том, что в установленный день он сможет внедрить желаемый сервис. Из чего следует необходимость использования более консервативных методологий, как PRINCE2 и водопад. Для наибольшей эффективности данные методы можно совмещать, используя, так называемый, гибридный подход. В данном случае под гибридным подходом понимается совмещение определенных элементов различных методов проектного менеджмента в рамках управления одним проектом. Так, проектирование и разработка дизайна систем, а также моделей баз данных можно осуществлять по методике Scrum, в свою очередь решение каких-либо задач, связанных с производственно-логистической составляющей, к примеру поставка и установка оборудования, реализовать по традиционному водопадному (каскадному) подходу.

Таким образом, что в ходе реализации проекта цифровой трансформации применяются достоинства различных методов проектного менеджмента, причем ключевой особенностью становится их эффективная комбинация в рамках управления одним проектом. Для уже действующих предприятий, реализующих какие-либо проекты в эпоху цифровой экономики, можно сформировать следующие основные принципы их проектного управления:

- необходимость конкретизации того, какую цель преследует компания и какого эффекта от реализации проекта она хочет получить;
- определение тех подразделений и бизнес-процессов, которые будут задействованы в проекте;
- использование цифровых продуктов для создания необходимых баз данных, что позволит в дальнейшем оптимизировать работу над проектом;
- прогнозирование и установка сроков проекта и бюджета, необходимого для его реализации, с помощью современных аналитических систем;
- постоянный мониторинг развития проекта цифровой трансформации, а также изменяющейся ситуации во внешней среде [4].

Подводя итог всего вышеизложенного, можно сделать вывод, что главное отличие проектов, реализующихся в эпоху цифровой экономики, заключается в скорости, с которой они должны выполняться, так как от этого зависит конкурентоспособность всей организации. Ведь цифровизация приведет к ускорению бизнес-процессов, из чего следует необходимость быстрее реагировать на изменяющиеся условия внутренней и внешней среды проекта. Исходя из этого, появляется необходимость в корректировке привычных подходов к проектному управлению. Так, при анализе одного из самых распространенных на сегодняшний день методологий проектного менеджмента был сделан вывод, что для эффективного управления проектами в эпоху цифровой экономики необходима бесшовная интеграция гибких подходов, таких как Scrum, жестко регламентированных положений при первоначальном внедрении, таких как PRINCE2 и классической водопадной (каскадной) подход.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бекмурзаев, И. Д. Развитие цифровой экономики как элемент стратегии общественного развития в России [Текст] / И. Д. Бекмурзаев, А. Х. Курбанов // Финансовая экономика. – 2019. – № 5. – С. 556–558.
2. Постановление Правительства РФ от 02.03.2019 №234 (ред. от 21.08.2020) «О системе управления реализацией национальной программы "Цифровая экономика Российской Федерации"» [Электронный ресурс] : Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319701/
3. Ежова, Л. С. Управление проектами в эпоху цифровизации [Текст] / Л. С. Ежова, А. А. Дьяконова, М. С. Балдук // Актуальные вопросы современной экономики. – 2019. – Т. 1. № 3. – С. 438–441.

4. Коваленко, Б. Б. Влияние цифровизации экономики на методологии управления проектами [Текст] / Б. Б. Коваленко, И. В. Гусейнова, Т. И. Гусарова // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия: Экономика и экологический менеджмент. – 2019.

УДК 614.2

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Елена Михайловна Мазница

к. э. н., доцент кафедры «Цифровая экономика и технологии управления
в городском хозяйстве и строительстве»

Волгоградский государственный технический университет

Телемедицина – новое для нашей страны явление. За последние годы в России были созданы и быстро развиваются сразу несколько телемедицинских организаций. Такие сервисы интересуют уже крупных рыночных игроков – такие холдинги, как Сбербанк, Яндекс и др. имеют собственные телемедицинские сервисы. Каковы перспективы развития этого бизнеса в России?

Рынок телемедицинских услуг в России – один из самых новых, его объем (емкость) пока не имеет точных оценок. Два года назад разброс известных оценок объема рынка составлял от 2 до 18 млрд руб., а прогнозы на 2022 и 2023 гг. находились в диапазоне от 68 до 238 млрд руб. [1]. Думается, что у этого рынка услуг есть серьезные перспективы для роста. По крайней мере, с середины 1990-х, когда знаменитый Джеймс Кларк оставил созданную им Netscape ради проекта HealthTheOn, стало общеизвестным, что автоматизация записи к врачу и медицинского документооборота может принести миллиарды. Согласно данным отраслевых аналитических компаний, мировой рынок телемедицины, который в 2019 г. оценивался в 45 млрд долл., к 2026 г. вырастет в четыре раза, до 175 млрд долл. в частности, за счет роста расходов на здравоохранение, инвестиций в телемедицинские проекты и увеличения числа людей, пользующихся медицинскими онлайн-сервисами.

Это видно и по поведению игроков на рынке. Идет укрупнение существующих сервисов. Например, объединяются ДОС+ и «МК Доктор

рядом» под брэндом «Доктор рядом», а команды двух игроков сольются под руководством генерального директора Дениса Швецова. Коммерческие параметры сделки не разглашаются. В результате объединения «Доктор рядом» усилит свою технологическую экспертизу, интегрируя инновационные решения DOC+ в линейку своих онлайн- и гибридных продуктов. Компания продолжит развивать технологические продукты для медицинских учреждений коммерческого и государственного секторов, а также услуги для конечных пользователей, используя уникальные разработки в области искусственного интеллекта DOC+ по первичному сбору анамнеза и маршрутизации пациентов и контролю качества медицинских карт. Как сообщают пресс-службы компаний, слияние отражает необходимость наращивания усилий для развития цифровых медицинских услуг с учетом возросшего интереса со стороны пациентов в условиях пандемии COVID-19, когда многие пациенты были лишены доступа к традиционной медицинской помощи и стали переводить в онлайн-формат решение вопросов, касающихся здоровья.

Неоценимым для рынка телемедицины в России стал тот факт, что бизнесы были запущены задолго до прихода мировой пандемии. Большая часть российских компаний осталась на плаву во время мирового карантина, прежде всего, за счет консультаций для иностранных клиентов. Беспрецедентная в своем роде пандемия привела к резкому росту спроса на дистанционные медицинские консультации. В таких чрезвычайных ситуациях, как эта, телемедицина показала себя одним из самых эффективных решений проблемы распространения вируса, сокращающих потребность людей из группы риска в выходе из дома для обращения за врачебной помощью. Телемедицина доказывает свою эффективность и в случае оказания регулярных медицинских услуг, например, при хроническом заболевании, когда очная консультация врача в большом количестве случаев может быть заменена дистанционной. Во время пандемии люди по-настоящему прочувствовали преимущества дистанционного медицинского обслуживания и вряд ли захотят от них отказаться. До начала пандемии рынку дистанционных медицинских услуг предсказывали рост порядка 10–15 % в год, однако сейчас ясно, что этот показатель имеет все шансы кратно возрасти.

Также за время пандемии стали очевидны законодательные вопросы, проработка которых необходима для поддержки быстрого

роста рынка дистанционного медицинского обслуживания. По разным оценкам, число запросов на онлайн-консультации за время пандемии выросло на 50–70 % по всему миру, что лишь доказывает, что потенциал развития телемедицины поистине впечатляющий. Таким образом, пандемия послужила драйвером для развития телемедицины в России, и этот рынок продолжит расти после ее окончания. Ведь дистанционные консультации востребованы, когда речь идет о пациентах, живущих в труднодоступных местах или в населенных пунктах, где есть нехватка кадров.

Телемедицинские сервисы работают на повышение эффективности врачей и одновременно с этим изменяют потоки пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Эти изменения в длительной перспективе приведут к трансформации подходов к управлению здравоохранением, медицинской отчетности, экономики процессов оказания медицинской помощи. Многие проблемные процессы в здравоохранении могут быть решены с помощью такого формата взаимодействия пациента и врача, в том числе в крупных городах, где, казалось бы, нет дефицита кадров. Основная проблема развития телемедицинских сервисов в РФ – то, что пока нет культуры и законодательного порядка оплаты консультаций. Пандемия коронавируса показала, что телемедицина может стать эффективным средством профилактики и дистанционного наблюдения за пациентами, которые находятся дома. Это может существенно снизить нагрузку на участковых врачей, особенно в случае, если режим самоизоляции придется вводить снова.

Вместе с тем для медицинских клиник телемедицина – это в первую очередь увеличение расходов на информационные технологии, дополнительное обучение врачей и невозможность привлечь клиентов [2]. Несмотря на выделенное регионам на оснащение цифровой медицины финансирование, к развитию телемедицины региональные власти относятся без энтузиазма. В качестве инструмента, способного повысить интерес к телемедицине в России, можно предложить Минздраву быть более смелым в тех изменениях, которые проводятся (связанных с телемедициной), и дать возможность частным игрокам получить доступ к большой аудитории благодаря пилотам министерства тех или иных телемедицинских услуг с целью

оценки их полезности. Также приветствуется развитие дополнительных парамедицинских сервисов.

Так, телемедицинский сервис QAPSULA разработал и внедрил 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 [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сапрыкина, А. Сервисы телемедицины объединяются [Электронный ресурс] / А. Сапрыкина. – Режим доступа: // <https://www.comnews.ru/content/208826/2020-08-28/2020-w35/servisy-telemediciny-obedinyayutsya>.
2. Медтех портал. – Режим доступа: <http://zdrav.expert/index.php>.
3. База знаний. – Режим доступа: <https://www.qapsula.com>.
4. Мазница, Е. М. Развитие теле- и anti-age медицины в России [Текст] / Е. М. Мазница // Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» («Management in the Healthcare: Challenges and Risks in the 21st century») г. Волгоград, 10 ноября 2019 г.

УДК 614.2:681:518

ТЕЛЕДЕНТЕРИЯ КАК ИНОВАЦИОННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПАРАДИГМА НЕОБХОДИМОСТИ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Замира Мухамеджановна Мухамедова

д. филос. н., профессор кафедры социогуманитарных наук

Кахрамон Эркинович Шомуродов,

д. м. н., декан стоматологического факультета

Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт

Электронное здравоохранение (e-Health) – относительно новое понятие в медицине: оно используется в мире лишь с 1999 г. [1]. Своим возникновением понятие обязано развитию электроники и информационных технологий. При этом термин используют и для определения

в широком смысле медицинской информатики, охватывающей электронные процессы в здравоохранении [2], и для узкого обозначения использования интернет-технологий в медицине. Руководством Узбекистана предпринимаются меры для качественного совершенствования и реформирования здравоохранения [3]. Электронное здравоохранение подразумевает непрерывную интеграцию всей совокупности инфокоммуникационных технологий и современного здравоохранения в глобальную инфраструктуру, основанную на взаимодействии заинтересованных сторон (представителей регулирующих органов, коммерческих участников процесса и финансово не заинтересованных лиц), зависимость от локальных особенностей (территориальных и уровневых), определяющую как частные исходы, так и перспективы дальнейшего развития медицины в целом [4]. При этом понятие «электронное здравоохранение» включает в себя также портативные технологии удаленного наблюдения (например, мобильные приложения для смартфонов) – mHealth. Телемедицина относится к «виртуальным визитам», которые происходят между пациентами и клиницистами с помощью коммуникационных технологий – видео- и аудиосоединения, которые позволяют «виртуальным» встречам происходить в реальном времени практически из любого места. Teledental визит может быть видеоконференцией между стоматологом и пациентом о срочной стоматологической или оральной проблеме со здоровьем, и он также может дать пациентам улучшенный доступ к информации о важности гигиены полости рта. Одним из потенциально жизнеспособных альтернатив для решения проблем несправедливости и неравенства в отношении здоровья полости рта является использование телездоровоохранения. Теледентерия – это форма телездоровоохранения, которая специально предназначена для стоматологии и использует электронные медицинские карты, информационные и коммуникационные технологии (ИКТ), цифровую фотографию и Интернет для консультаций, наблюдения или непрерывного образования [5]. Как и телемедицина, теледентизм – это термин, который иногда используется как синоним телемедицины, но это не одно и то же. Теледентерия на самом деле является компонентом телездоровоохранения, что является более широким термином, охватывающим все аспекты удаленного и/или технологического здравоохранения. Телемедицина включает в себя различные

инструменты здравоохранения и способы оказания медицинской помощи, которые позволяют предоставлять медицинское образование или услуги на расстоянии, например:

- живой видеочат (синхронно) и прямая (асинхронная) передача рентгенограмм, фотографий, видео, цифровых оттисков через безопасную систему электронных коммуникаций практикующему врачу. Эта информация затем используется для диагностики или предоставления услуги;

- дистанционный мониторинг пациента (RPM) – сбор личных и медицинских данных от одного человека с помощью электронных медицинских технологий. Данные передаются в другое место (иногда через службу обработки данных), где поставщик может получить к ним доступ для мониторинга условий и поддержки оказания медицинской помощи;

- мобильное здравоохранение – медицинское образование, практика и доставка, осуществляемые через мобильные устройства связи, такие как сотовые телефоны, планшетные компьютеры и персональные цифровые помощники (PDA).

С помощью развивающейся технологии можно устранить неотложные проблемы с полостью рта или зубами, помогая людям избежать дорогостоящих и длительных визитов в отделение неотложной помощи больницы или клинику неотложной медицинской помощи, запланировав их в стоматологическом учреждении на следующий день. Теледентальное здоровье – это очень широкая категория решений, которые дистанционно обслуживают здоровье полости рта пациентов. Людям, у которых нет стоматолога, нет доступа к стоматологу или которые живут далеко от стоматологического кабинета, можно помочь с этим уровнем помощи – с помощью телефонной или видеоконференцсвязи или других средств, упомянутых выше. Идея заключается в том, что эти технологии могут быть использованы для улучшения доступа к медицинской помощи, сбора и обмена информацией с лицензированным стоматологом, для предоставления и поддержки предоставления стоматологической помощи, диагностики, консультаций, лечения, передачи стоматологической информации и обучения. Теледентерия может оказывать помощь пациентам с недостаточным обслуживанием, например,

в сельской местности, по разумной цене. Следует признать, что на сегодняшний день стоматология является уникальной сферой медицины в том плане, что степень коммерциализации ее выше, чем во многих других.

Морально-этические нормы, обязательства и стандарты – предмет изучения нового направления в биоэтике, возникшего в 1990-х гг. – стоматологической биоэтики [6]. Подчеркивая важность теледентологии в различных стоматологических специальностях и ее роль в обслуживании недостаточно обслуживаемого населения, не будем забывать о тех биоэтических проблемах, которыми стоматологи должны руководствоваться. Прежде всего, это проблемы, связанные с принципами: «не навреди», информированного согласия, автономии личности и другие [7]. В эту новую эпоху теледентерия, которая сейчас находится на стадии становления, может оказать большую помощь малообеспеченным пациентам, может помочь в ранней диагностике, а профилактическое лечение, например, ранняя диагностика и правильное лечение предраковых поражений, помогает предотвратить превращение очага в злокачественную опухоль. Кроме того, кариозные поражения могут быть обнаружены на ранней стадии с помощью этого метода, и для пациента может быть запланировано надлежащее лечение. С помощью теледентологии пациент может получать лекарственное лечение, даже не посещая специалиста в отдаленных районах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Vincenzo D. M. What is e-Health: The death of telemedicine? [Text] / Vincenzo D. M. // J. Med. Int. Res. – 2001. – Vol. 3 (2). – P. 22.
2. International Telecommunication Union. Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles. Geneva: ITU. 2008. – URL: http://www.itu.int/ITU-D/cyb/app/docs/e-Health_prefinal_15092008.PDF. Geneva: ITU; 2008. URL: http://www.itu.int/ITU-D/cyb/app/docs/e-Health_prefinal_15092008.PDF (available: 16.10.2014).
3. Указ Президента Республики Узбекистан «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». № УП-4947 07.02.2017. – Режим доступа: <http://www.lex.uz/ru/docs/3107042> : Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан». №УП-5590 07.12.2018. – Режим доступа: <http://lex.uz/docs/4096199> , Законопроект РУз “О совершенствовании системы здравоохранения путем адаптации к настоящим условиям концепций «Умной медицины» и «Центра единой медицинской информации», позволяющих раннее определение и дистанционное лечение болезней

с применением телемедицинских технологий в Республике Узбекистан”. – Режим доступа: <https://regulation.gov.uz/oz/document/1365> .

4. Oh, H. What is e-Health: A Systematic Review of Published Definitions [Text] / Oh H., Rizo C., Enkin M., Jadad A. // J. Med. Int. Res. – 2005. – Vol. 7 (1). – P. 32–40.

5. Irving, M. Using teledentistry in clinical practice, an enabler to improve access to oral health care: a qualitative systematic review [Text] / Irving M., Stewart R., Spallek H., Blinkhorn A. // J Telemed Telecare. – 2018. – Vol. 24. – P. 129–46. Article Google Scholar

6. Ozar, David T. and Sokol, David J. Dental Ethics At Chairside: Professional Principles and Practice Applications. – St. Louis, Mosby, 1994.

7. Мухамедова З. М. Актуальные проблемы этики в стоматологическом образовании. Гуманитарный трактат. Выпуск № 14, 2017; Мухамедова З. М. Этические категории в клинической стоматологии. Гуманитарный трактат. Выпуск № 15, 2017, Шомурадов К. Э. Актуальные этические принципы и клинический подход в детской стоматологии [Текст] // Научный журнал «Гуманитарный трактат». – 2018. – № 24. – С. 741–79.

УДК 614.2

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Александра Викторовна Овчинникова

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель д. э. н. Н. Н. Косинова*

Под понятием эффективности в системе здравоохранения понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности, фактически это соотношение между достижением результата оказанной услуги и произведенными затратами, оно и является для медицинской организации приоритетным.

Медицинская эффективность – это результат различных методов исследования, диагностики, консервативного, оперативного и реабилитационного лечения, проведения профилактических мероприятий. Медицинская эффективность может быть выражена в повышении числа благоприятных исходов заболеваний, снижения уровня летальности, оптимального использования медицинского оборудования, трудовых ресурсов.

Экономическая эффективность определяет суммы сэкономленных финансовых средств. Она определяется как отношение результата к затратам.

Кроме того, выделяют социальную эффективность системы здравоохранения. Она связана непосредственно с повышением уровня здоровья и качества медицинской помощи, когда снижаются негативные показатели, такие как заболеваемость, смертность и др. и повышаются позитивные показатели, а именно: рождаемость, средняя продолжительность жизни и др. [1].

Эффективность системы здравоохранения, отдельных медицинских учреждений измеряется совокупностью статистических показателей, каждый из которых характеризует свою сторону медицинской деятельности.

Если рассматривать медицинскую эффективность на примере конкретного больного, то это улучшение его состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. Если на уровне учреждения, то это улучшение медицинских показателей в целом по учреждению (заболеваемость, смертность, вакцинация и др.). Это статистические показатели деятельности медицинского учреждения. Медицинская эффективность определяется качеством медицинской помощи [2].

Качество – совокупность свойств услуги, обуславливающих ее пригодность удовлетворять определенные потребности в соответствии с ее назначением.

Термин «качество» носит относительный характер, поэтому несет разный смысл для разных людей. «Качество» имеет три важных аспекта: качество в соответствии с техническими условиями (I этап – производственный процесс), качество исполнения (II этап – услуга или товар), функциональное качество (III этап – потребности покупателя). Все три аспекта значимы, любая недоработка в них может создать для медицинской организации (далее – МО) большие проблемы, а значит, качество экономического продукта/услуги и эффективность производства являются взаимодополняющими.

Удовлетворение потребителя состоит:

- из низких издержек производства экономического продукта;
- из высокого качества;
- из высокого уровня обслуживания.

Качество особо значимо там, где производимый продукт/услуга – составная часть сложной системы. Поэтому успех деятельности МО связан с качеством ее продуктов и их стоимостью, которая выражается в полезности.

Качество медицинской помощи (КМП) – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, своевременному уровню медицинской науки и технологии.

Под медицинской помощью понимается деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством [3].

Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, на примере ГБУЗ «ВОКНД», г. Волгоград, алкоголизм и наркомания, может характеризоваться показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года. Эти показатели рассчитываются как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией). Также важна оценка результатов динамического наблюдения диспансерных больных, которая выражается показателем эффективности диспансеризации. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных, находящихся на диспансерном наблюдении и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (ремиссия (от воздержания до становления), рецидив), к общему числу больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания.

Улучшение качества медицинской помощи – одно из условий оказания медицинских и профилактических услуг. Успех деятельности медицинской организации в значительной мере определяется качеством и стоимостью выпускаемых ею экономических продуктов/услуг. Для достижения успеха своей деятельности медицинская организация должна обеспечить конкурентноспособное качество и конкурентноспособные цены своих продуктов/услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб [Текст]. – М.: ГРАНТЬ, 2002.
2. Менеджмент в здравоохранении [Текст] : учебник ; 2-е издание / С. А. Столяров. – М.: Юрайд, 2019.
3. Опыт внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации [Текст] / Л. Федык. – LAMBERT, 2019.

УДК 614.2

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дмитрий Валерьевич Орлов

главный врач

Екатерина Александровна Неvejeина

зам. главного врача по профилактике

Марианна Борисовна Журавская

врач-педиатр, зав. консультативно-диагностическим отделением

ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2», г. Волжский

В настоящее время в медицине все большее значение приобретают инновационные технологии, направленность которых связана с улучшением качества оказания медицинской помощи населению, развитие профилактического направления работы, сокращению затрат времени медицинских работников на приеме в поликлинике, что в свою очередь создает более благоприятные условия для повышения эффективности их профессиональной деятельности [3].

Одним из таких направлений является телемедицина. В телемедицине с помощью специализированных систем видеоконференцсвязи между врачом-консультантом и самим пациентом налаживается полноценный аудиовизуальный контакт, во время которого они могут не только видеть и слышать друг друга, но еще и обмениваться графическими и текстовыми данными. Данный подход удобен во всех отношениях.

Сегодня пользователями сервисов телемедицинских консультаций все чаще становятся жители крупных промышленных городов, у которых не хватает времени записываться на прием к доктору [1, 2].

Целью работы явилось описание опыта применения телемедицинских консультаций в педиатрической практике ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2» г. Волжского.

Телемедицинские консультации проводились на базе ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2» г. Волжского. Основанием служил безвозмездный договор об организации сеансов связи по защищенному интернет-каналу на специализированной телемедицинской площадке

IBolit (Москва) с соблюдением всех необходимых требований законодательства РФ. На участие в проекте дали согласие 27 семей с детьми до одного года. С родителями были подписаны добровольные информированные согласия и выдан доступ в телемедицинскую информационную систему IBolit, который осуществлялся через интернет-приложение в смартфоне родителей. Консультации осуществлялись в режиме текстовой переписки по вопросам питания, ухода и профилактики заболеваний, травматизма, вакцинации, организации медицинской помощи. По предварительной записи проводились видео-консультации в режиме реального времени.

С июня 2019 года в поликлинике была внедрена практика телемедицинских консультаций. Проведено более 120 консультаций семей с детьми до года. Нами было установлено, что система дистанционного общения на телемедицинской площадке IBolit является эффективным инструментом усиления активного патронажа и профилактической работы с семьями с детьми до года. Кроме того, не было выявлено нежелательных и серьезных претензий к консультантам ни у одного из членов семей.

Консультанты отвечали на вопросы родителей по вопросам питания, ухода, профилактики заболеваний. Качество каналов связи, используемых для передачи данных на медицинский сервер, позволяло отслеживать состояние ребенка, условия проживания детей на текущий момент, организацию гигиенических мероприятий и питания ребенка. В случае отказа родителей от демонстрации интересующих условий для ухода за ребенком или выявления отсутствия средств ухода, а также признаков социального неблагополучия семьи, социально опасной ситуации и прочих угрожающих здоровью и жизни ребенка факторов: информация фиксировалась в сигнальном листе для активного выхода медицинского работника на дом.

В результате испытаний нами также установлено, что:

- нет абсолютных противопоказаний и иных ограничений к применению системы в консультативных целях;
- система обеспечивает трансляцию данных о состоянии ребенка, позволяя осуществлять мониторинг в режиме реального времени;
- получаемые данные являются достоверным отображением условий проживания наблюдаемого ребенка и пригодны для использования в работе педиатрического участка.

Таким образом, резюмируя полученные нами данные, можно сделать заключение, что данная система телемедицинского консультирования может быть использована для повышения эффективности работы педиатрических участков в качестве дополнительного средства профилактической работы для оказания консультативной помощи родителям по наиболее «зlobодневным» вопросам ухода за их детьми, а также как инструмент контроля условий проживания и профилактики социальной опасности и младенческой смертности на дому.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Наумов, В. Б. Правовые аспекты телемедицины [Текст] / В. Б. Наумов, Д. А. Савельев ; под ред. д. т. н., проф. Полонникова Р. И., д. т. н., проф. Юсупова Р. М. – СПб. : СПИИ РАН, изд-во Анатолия, 2002. – 107 с.
2. Кобринский, Б. А. Телемедицина в системе практического здравоохранения [Текст] / Б. А. Кобринский. – М.: МЦФЭР, 2002. – 176 с. (Приложение к журналу «Здравоохранение», № 2, 2002).
3. Морозов, В. В. Проблематика телемедицины в отечественном здравоохранении [Текст] / В. В. Морозов, Ю. В. Серяпина, В. П. Бессмельцев, В. А. Служев // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10–7. – С. 1365–1368.

УДК 614.2

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Анастасия Петровна Орлова

магистрант

Ирина Валерьевна Днепровская

к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

В современном быстроразвивающемся мире, в котором высокие технологии становятся неотъемлемой частью жизни прогрессивного человека, стремительно развиваются интернет-технологии в сфере медицины. Потребность населения в получении информации путем использования компьютерных технологий растет с каждым годом. Сегодня невозможно представить медицину без внедрения инновационных технологий, без высококвалифицированной помощи населению,

с использованием современных информационных технологий и интеллектуального потенциала лучших специалистов. Инновации в здравоохранении должны быть направлены на повышение качества жизни населения. В условиях прогресса информационных и телекоммуникационных технологий появилось принципиально новое направление в организации и оказании медицинской помощи населению – телемедицина. Сейчас это неотъемлемая часть современного здравоохранения, приносящая положительный клинический, экономический, моральный и организационный эффект [1].

Телемедицина – прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных информационных, компьютерных и телекоммуникационных технологий [2].

Целью данной работы является выявление возможностей, которые открывают перед отечественной медициной телемедицинские услуги.

Базовой задачей телемедицины является предоставление качественной медицинской помощи любому человеку, независимо от его местонахождения. Однако телемедицина – это более широкое понятие, поскольку имеет много направлений. Посредством видеоконференций предоставляются консультации пациентам в режиме реального времени, при этом в сеансе конференции может участвовать не только лечащий врач и пациент, но и возможно объединить несколько абонентов для проведения консилиума врачей, в том числе из разных медицинских центров.

С использованием телекоммуникационного оборудования проводится телеобучение, лекции, видеосеминары и конференции. Применение сетевых видеокамер позволяет организовать трансляцию хирургической операции. На базе ЛПУ, медицинских пунктах и даже на предприятиях устанавливается оборудование и аппаратура для функциональной диагностики и бесконтактного измерения температуры человека, для дальнейшей передачи информации медицинскому персоналу.

Стремительно развиваются мобильные телемедицинские комплексы, позволяющие удаленно от медицинского центра провести диагностику и по беспроводной связи получить связь со специалистом. Такие комплексы внедряются в машинах скорой помощи,

удаленных больницах, бригадах медицины катастроф и санитарной авиации, медицинских формированиях ведомств по чрезвычайным ситуациям и обороне. Начинает развиваться новое направление в телемедицине для осуществления динамического наблюдения и контроля – системы дистанционного биомониторинга.

В настоящее время во многих странах мира разрабатываются многочисленные телемедицинские проекты. В Российской медицине использование дистанционных технологий применяется с 1995 года, однако широкое распространение телемедицинские услуги получили лишь в последнее десятилетие. 1 января 2018 года вступил в силу закон о телемедицине. Закон устанавливает формат взаимодействия врача и пациента, регламентируется первичный прием врача, учитывается в очной или дистанционной форме был оказан данный прием, устанавливается возможность дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента лечащим врачом после очного приема, на основании полученных данных и обследований о пациенте. В 2018 году Министерство здравоохранения утвердило «Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» [3].

Согласно постановлению правительства № 380 от 29.03.2019 г. утверждена государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» со сроком реализации до 2024 года, в которой предусмотрена реализация проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения» (ЕГИСЗ), входящего в состав национального проекта «Здравоохранение». Целью проекта является внедрение в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения медицинских информационных систем [4].

Таким образом, при поддержке государственных программ телемедицина в России стремительно развивается, разработано и запущено большое количество телемедицинских сервисов и приложений. К 2020 году большинство страховых компаний и частных клиник используют телемедицинские услуги, в том числе используются сервисы сторонних компаний. Высокая перспективность телемедицинских проектов привлекает инвесторов и новых разработчиков, запускаются совместные проекты банков и крупнейших российских IT- и интернет-

компаний. В процессе разработки и внедрения медицинских информационных технологий в систему здравоохранения задействованы ведущие медицинские учреждения, научные базы и государственные корпорации [5].

В начале 2020 года в России и в мире эпидемия COVID-19, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2, придала мощный импульс развитию и внедрению телемедицины. Из-за пандемии посещаемость телемедицинских сервисов увеличилась в разы. В условиях пандемии и всеобщей изоляции, способ оказания медицинских услуг посредством телемедицины в формате «врач – пациент» оказался более чем востребованным и жизненно необходимым. В марте в Госдуму были внесены поправки в федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», которые предполагают в условиях ЧС или угрозы распространения заболевания оказывать медпомощь с применением телемедицинских технологий. При этом врач сможет ставить диагноз и назначать лечение дистанционно, без очного приема. Важность использования телемедицины в борьбе с пандемией COVID-19 была отмечена ВОЗ [6].

Телемедицина в России будет стремительно развиваться и совершенствоваться, этому способствует заинтересованность населения в вопросах собственного здоровья, при этом увеличивается спрос на услуги консультаций онлайн не только с врачом-терапевтом, но и даже с узкопрофильными специалистами. Пациенты ценят возможность дистанционного динамического наблюдения с возможностью не посещать ЛПУ, оградив себя от возможности заражения вирусами, экономя свое время, но при этом получая высококвалифицированную помощь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов, А. А. Телемедицина – перспективы и трудности перед новым этапом развития [Электронный ресурс] / А.А. Баранов, Е.А. Вишнева, Л.С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. – 2013. – № 10 (3). – Р. 6–11. – Режим доступа: <https://doi.org/10.15690/pf.v10i3.691> / (дата обращения: 17.09.2020).
2. Медведев, О. С. Что такое телемедицина? [Текст] // Компьютерные технологии в медицине. – 1996. – № 2. – С. 12–13.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (зарегистрировано в Минюсте РФ 09.01.2018

№ 49577) [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201801100021?index=0&rangeSize=1/> (дата обращения: 18.09.2020).

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 380 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Приложение № 10 [Электронный ресурс] // Министерство Здравоохранения Российской Федерации. – Режим доступа: https://static-0.gosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/044/032/original/Постановление_Правительства_от_29_марта_2019_№_380.pdf?1554737074 / (дата обращения 18.09.2020).

5. Днепроовская, И. В. Переход на цифровое здравоохранение в рамках реализации национальных интересов РФ [Текст] / И.В. Днепроовская, Д.В. Орлов // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – 380 с.

6. Мотренко, Е. Доктор на связи: как коронавирус разбудил телемедицину в России / Мотренко Е., Костенко Я. [Электронный ресурс] // Известия. 08.04.2020. Режим доступа: <https://iz.ru/996865/elena-motrenko-iaroslava-kostenko/doktor-na-sviasi-kak-koronavirus-razbudil-telemedicinu-v-rossii> / (дата обращения: 17.09.2020).

УДК 65.012.7

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Даниил Олегович Павлов

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

*научный руководитель к. э. н. **Е. Н. Кукина***

Жизненный цикл организации можно рассмотреть в 7 этапах.

1-й этап – создание организации. Для данного этапа характерно: адаптация и проникновение на рынок. В таких организациях мало опытных специалистов, не действуют правила, нормативы и инструкции, слабые системы планирования, стимулирования персонала и координации деятельности.

2-й этап – рост организации. Рост организации протекает в два периода:

- увеличение состава организации, выбор специализации определенного товара или услуги; закрепление на определенных сегментах рынка, выход на безубыточный уровень. Управление организацией централизованное;

- дальнейшее увеличение состава организации, руководство возлагается на нескольких руководителей; узкий круг опытных специалистов; фиксированный бюджет и информационная система; организация деятельности проводится с помощью ограниченного количества нормативов и инструкций.

3-й этап – средний возраст. Организация растет, вместе с тем расширяется сегмент сбыта, рост прибыли, курс на региональную диверсификацию; формализуется политика и распределение полномочий, в организации развивается бюрократия. Опытные специалисты заняты маркетингом и производством. Децентрализация до уровня руководителей подразделений, что может привести к уменьшению гибкости и инновационной активности.

4-й этап – зрелость организации. Формируется имидж фирмы, сбалансированный рост, ориентация на отраслевую диверсификацию, поддержание уровня прибыльности на оптимальном уровне. Повышение уровня и количества профессиональных и обслуживающих отделов. Усиление централизации, а также увеличение нагрузки на руководителей. Формализация деятельности: работу компании регламентируют инструкции.

Согласно концепции жизненного цикла организации, этап зрелости характеризуется достижением одного из лидирующих положения на рынке. Во время возрастания комплекса предоставляемых услуг или производства продукции создаются новые структурные подразделения, из-за чего организация становится более сложной и иерархической.

5-й этап – старение. Сохранение или уменьшение объемов производства, при этом потеря прибыльности и финансовой устойчивости организации. Сворачивание деятельности.

6-й этап – возрождение. Проведение модернизации бизнес-процессов с радикальной перестройкой в организации. Обновление форм, видов и направлений деятельности. Привлечение значительных объемов инвестиций для внедрения инновационных проектов.

7 этап – смерть. Организационный спад, в ходе которого происходит существенное снижение ресурсной базы.

Ввиду особенностей коммерческих медицинских организаций следует выделить причины торможения их развития медицинских организаций [1].

Причины, имеющие объективный характер, не связанные с ошибками руководства:

- 1) изменение политики государства в области здравоохранения и ужесточение требований к коммерческим медицинским организациям;
- 2) основательный прорыв в области медицины, который характеризуется изменением средств и методов лечения;
- 3) более новые подходы к предоставляемым услугам со стороны конкурентов.

Причины, обусловленные неэффективным управлением:

- 1) износ оборудования;
- 2) неэффективная кадровая политика;
- 3) снижение активности в области продвижения услуг;
- 4) чрезмерная ориентация на прибыль.

В зависимости от стадии жизненного цикла любой из медицинских организаций необходимо производить ее «модернизацию» и посредством этого улучшать сервис, с учетом окружающей обстановки, потребности, спроса, конкуренции и многих других факторов [2].

Медицина – это отрасль, где врачи являются важнейшим средством конкурентной борьбы. Регулярное инвестирование в мероприятия, направленные на мотивацию, обучение персонала и привлечение новых опытных сотрудников – основная цель медицинской организации [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карташова, Л. В. Управление человеческими ресурсами [Текст] / Л. В. Карташова. – М.: ИНФРА-М, 2010. – С. 121.
2. Лясников, Н. В. Совершенствование организации рабочего места менеджеров лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности [Текст] / Н. В. Лясников, М. Н. Дудин // Главный врач. – 2010. – № 10. – С. 19–25.
3. Карлова, П. О. К проблеме оценки качества работы консультативно-диагностических поликлиник [Текст] / П. О. Карлова, В. С. Казанцев, Н. В. Брыксина // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 5. – С. 66–70.

УДК 65.01

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Алексей Михайлович Поздняков

магистрант

Екатерина Викторовна Языкова

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. С. Ю. Соболева*

Непрерывное медицинское образование (НМО) – новая система последипломного образования, направленная на непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всего трудового периода медицинских работников, а также приобретение на практике новых профессиональных навыков и умений. Главные отличия НМО от старой системы повышения квалификации врачей заключаются в систематическом образовании и обучении с использованием цифровых технологий (дистанционных, электронных, симуляционных), а также возможности формирования индивидуального плана обучения, что обеспечивает получение актуальных знаний и компетенций, соответствующих потребностям специалистов [5].

Обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного профессионального образования (НМО) в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г. указано как одна из приоритетных задач развития системы здравоохранения. При этом в качестве основных причин неудовлетворительного качества медицинской помощи называют недостаточную квалификацию врачей и их низкую мотивацию к профессиональному совершенствованию.

Переход на систему непрерывного образования всех врачей послужил поводом задуматься и пересмотреть взгляды на последипломное образование как со стороны обучающихся, так и со стороны преподавателей, работающих в системе высшего образования. Поскольку обучение по системе непрерывного медицинского образования только началось и подводить какие-либо итоги еще рано, необходимо оценить

факты, которые явно бросаются в глаза тем, кто имеет разнообразный опыт обучения врачей в течение длительного времени.

Непрерывное медицинское образование – плюсы.

Вначале остановимся на положительных моментах системы непрерывного образования врачей. Положительными моментами, на наш взгляд, системы непрерывного образования являются:

- Постоянное обучение врачей и получение специалистами недостающих знаний не 1 раз в 5 лет, а ежегодно.
- Самостоятельный выбор врачами образовательных организаций без привязки к месту проживания и работы.
- Уменьшение сроков пребывания врачей на курсах обучения, включающих приблизительно 36 часов, а не 144 часа, что положительно влияет на их практическую работу (отрыв от производства всего 1 неделя, а не 1 месяц).
- Практическое приобретение необходимых мануальных навыков в операционной и на тренажерах во время стажировок, а не только путем теоретических знаний.
- Реальная необходимость овладения навыками работы с компьютером, смартфоном и т. д. для регистрации на порталах, самостоятельного прослушивания интерактивных лекций дистанционно, вебинаров, онлайн-конференций.

Это часть плюсов, которые можно привести в пользу непрерывного медицинского образования.

Проблемы непрерывного медицинского образования. Отрицательных моментов нового пути образования медицинского персонала не меньше, а, может быть, даже больше:

- Для получения навыков оказания высокотехнологичной помощи обучения в объеме 36 часов совершенно недостаточно.
- Специалист, работающий в специализированном отделении или федеральном центре с высокотехнологичной помощью, выполняет узкий объем вмешательств. Он очень квалифицирован в своей специальности. Чему и где в течение каждого года он должен учиться?
- Некоторые врачи пенсионного и предпенсионного возраста, работающие в поликлиниках и выполняющие большой объем работы, часто не имеют навыков работы с электронными технологиями.
- Доступность электронных ресурсов в отдаленных субъектах, особенно в ФАПах.

- Профессорско-преподавательский состав должен быть «эксклюзивным» в своей специальности. На кафедре должен выполняться высокотехнологичный вид помощи, и преподаватели должны им владеть безукоризненно.
- Обучение самих преподавателей – это очень трудная задача. Получается, что обучаться нужно будет в НИИ на центральных базах, количество которых ограничено, и расположены они иногда так далеко, что время, затраченное на дорогу до них, может быть даже большим, чем сроки самой стажировки.
- Самым важным и нерешенным вопросом в непрерывном медицинском образовании является вопрос: «Где взять недостающие 14 зачетных единиц ежегодно?». Оставшиеся зачетные единицы можно набрать несколькими способами: участием в конференциях, съездах, конгрессах; выступлением с докладами на конгрессах; написанием статей в журналах из перечня ВАК. Написать и опубликовать статью в издании ВАК очень трудно даже для тех, кто занимается наукой, а для простого врача поликлиники практически невозможно. В настоящее время съезды и конференции посещают лишь единицы (заведующие отделениями и максимум 1–2 врача отделения) 1–2 раза в год в большинстве случаев за счет спонсорских или собственных средств. Кто будет оплачивать 10 врачам отделения командировочные расходы на посещения 1, 2, 3 раза в год конференций? А если врачей в ЛПУ 500 человек? Что выгоднее главному врачу? Купить кровати и оборудование, или выделить средства на командировки с образовательной целью?

Модель непрерывного медицинского образования полностью удовлетворяет законодательно установленным требованиям, предъявляемым к подобным организационным системам, которые обеспечивают непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков врачей в течение всей жизни, а также постоянное повышение их профессионального уровня и расширение квалификации. Проведенный анализ свидетельствует, что НМО отвечает потребностям врачей в получении недостающих знаний, а также дает возможность получать именно те знания и умения, которые реально необходимы врачу. Однако, несмотря на то, что основные организационные процедуры сформированы, а ключевые требования конкретизированы, в данной

модели проявляются некоторые «проблемные точки», порождающие определенные трудности при ее практической реализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздрава РФ № 334н от 2 июня 2016 года «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71423024/>
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 03.07.2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
3. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ред. от 03.07.2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/
4. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «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») (в ред. от 10.02.2017) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/
5. Мандриков, В.Б. Реализация компетентностной модели образования на направлениях подготовки бакалавриата в Волгоградском государственном медицинском университете [Текст] / В. Б. Мандриков, М. В. Букатин, С. Ю. Соболева, А. В. Запорощенко, Н. А. Колобова, О. Ю. Кузнецова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 6 (48) Часть 3. – С. 50–53.
6. Шленов, Ю. Непрерывное образование в России [Текст] / Ю. Шленов, И. Мосичева, В. Шестак // Высшее образование в России. – 2005. – № 3. – С. 36–49.
7. Клочкова, С.В. Тенденции медицинского образования в свете современных тенденций [Текст] / С. В. Клочкова, Н. Т. Алексеева, Д. Б. Никитюк // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2017. – Т. 6, № 5. – С. 22.

УДК 65.01

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ЖИЗНЕННЫМ ЦИКЛОМ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Ольга Анатольевна Санникова

магистрант

ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9» г. Волгоград
научный руководитель к. э. н. *С. А. Князев*

Жизненный цикл организации – совокупность стадий развития, которые проходит организация за период своего существования.

Понятие «жизненный цикл» широко используется в теории управления и является одним из ее направлений в развитии применительно к продуктам (товарам и услугам), рынкам (отраслям) и организациям.

Проведение исследований жизненного цикла предприятий, в том числе медицинских организаций, помогает провести анализ текущего или прошлого состояния учреждения, чтобы в дальнейшем спрогнозировать ее развитие, а также предвидеть и суметь предотвратить распад и ликвидацию.

Теория жизненного цикла организации начала активно развиваться как научное направление после Второй мировой войны. Она подобна жизненному циклу живого организма. В своей работе менеджерам ежедневно приходится ссылаться на жизненный цикл предприятий, товаров, рынков. Даже у рядового сотрудника, работающего в организации, есть свой жизненный цикл. Смысл теории жизненного цикла организации заключается в объяснении процессов изменений, происходящих в различные периоды времени ее существования. Научным сообществом придумано и представлено достаточно большое количество ее моделей, впрочем, до настоящего времени между разными исследователями нет единого понимания сравнительно количества стадий и методов к их определению. Такое количество многообразия можно объяснить различными объектами исследования, в зависимости от выбранных типов организаций при проведении научных изысканий. Несмотря на это при большом разнообразии моделей жизненного цикла организации управление качеством не улучшается.

Каждая компания за время своего существования проходит ряд последовательных этапов, составляющих ее жизненный цикл. Если рассмотреть любые организации, то их можно сравнить с живым организмом. Все они проходят этапы рождения, формирования, роста, зрелости и упадка, который может перейти в стадию обновления. Суть в том, что жизненный цикл предприятия представляет собой последовательность сменяющихся друг друга этапов или стадий, которые имеют определенные характеристики.

Проведенные исследования показали, что у разных организаций, в том числе и в медицинских, продолжительность этапов цикла будет отличаться. Компании могут находиться длительное время на одной какой-то стадии развития или возвращаться к предыдущей. Отмечается

также нарушение очередности этапов, так, например, за стадией роста может следовать сразу упадок. Сильное влияние на быстрое «взросление» предприятия оказывает конкуренция на рынке. «Скорость, с которой организация проходит стадии развития, тесно связана с рыночной окружающей средой. В то время как эволюционные периоды имеют тенденцию быть относительно короткими в быстрорастущих отраслях промышленности, намного более длинные эволюционные периоды длятся в зрелых или медленно растущих отраслях», – отмечает Л. Грейнер.

Если правильно спланировать тактику и стратегию, то организация может достигнуть расцвета и долго существовать в этом состоянии. Теории жизненного цикла дают возможность рассмотреть организацию не в статическом, а в динамическом движении. Если посмотреть на существующие организации под таким углом, то у руководителя появляется возможность понять причины корпоративных проблем и предвидеть сценарий развития событий, принять нужные управленческие решения, тем самым продлив жизнь организации.

В настоящее время существует большое количество теорий жизненного цикла, предложенных учеными, но на данный момент нет единого мнения о том, какое количество стадий и подходов к их определению должно быть.

Существование многообразных моделей жизненного цикла не обеспечивает высокого качества управления изменениями в организации. Деятельность каждого предприятия должна выстраиваться в зависимости от того, на каком этапе в данный момент находится предприятие. Менеджерам важно знать и понимать эти стадии. Иначе, когда придет время вводить изменения, можно принять неправильное решение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Широкова, Г. В. Жизненный цикл организации: концепции и российская практика [Текст] / Г. В. Широкова. – СПб.: Высшая школа менеджмента: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2008. – 480 с.

УДК 621.9.048.7

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В СТОМАТОЛОГИИ НА ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ

Кахрамон Эркинович Шомуродов

Д. М. Н.

Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт

Достижения в области цифровой связи, телекоммуникаций и Интернета открывают беспрецедентную возможность удаленного доступа к медицинской помощи. В области стоматологии в последние годы произошли обширные технологические инновации. Достигнут прогресс в использовании компьютеров, телекоммуникационных технологий, услуг цифровой диагностической визуализации, устройств и программного обеспечения для анализа и контроля [1]. Используя передовые информационные технологии, наука о стоматологии сегодня преодолела большие расстояния [2]. Новые информационные технологии не только улучшили качество управления стоматологическими пациентами, но также сделали возможным их частичное или полное управление на расстоянии тысяч километров от медицинских центров или квалифицированных стоматологов. Весь процесс создания сетей, обмена цифровой информацией, удаленных консультаций, проработки и анализа рассматривается в области науки телемедицины, связанной со стоматологией, известной как «Теледентерия» [3]. Термин «Теледентерия» был впервые использован в 1997 году, когда Кук определил его как «... практику использования технологий видеоконференцсвязи для диагностики и предоставления рекомендаций по лечению на расстоянии» [4]. Телеконсультация с помощью теледентологии может осуществляться любым способом: «Консультация в реальном времени», «Метод хранения и пересылки». Консультация в реальном времени включает в себя видеоконференцию, на которой стоматологи и их пациенты, находящиеся в разных местах, могут видеть, слышать и общаться друг с другом. Метод хранения и пересылки включает обмен клинической информацией и статическими

изображениями, которые собирает и хранит стоматолог, который направляет их для консультации и планирования лечения. Пациент не присутствует во время «консультации». Стоматологи могут делиться информацией о пациенте, рентгенограммами, графическими изображениями пародонта и твердых тканей, применяемой терапией, лабораторными результатами, тестами, замечаниями, фотографиями и другой информацией, передаваемой несколькими поставщиками. Этот обмен данными может быть чрезвычайно важен для пациентов, особенно для тех, кто нуждается в консультации специалиста. Также был описан третий метод, известный как «Метод дистанционного мониторинга», при котором пациенты контролируются на расстоянии и могут быть или в больнице, или на дому. По мере развития технологий появились новые возможности для теледентизации. Технологии, доступные в настоящее время, начинают менять динамику оказания стоматологической помощи. Теледентерия предложит новые возможности для повышения уровня ухода за пациентами и изменения существующих бизнес-моделей. Теледентерия будет важна для сельской местности, для городского и пригородного населения. Межпрофессиональные коммуникации улучшат интеграцию стоматологии в более широкую систему здравоохранения. Использование теледентологии для консультаций специалистов, диагностики, планирования и координации лечения, а также непрерывности ухода обеспечит аспекты поддержки принятия решений и облегчит обмен контекстуальными знаниями о пациенте среди стоматологов, что обеспечит весомый вклад в обучающие программы. Интерцептивное ортодонтическое лечение, обеспечиваемое достаточно подготовленными врачами-стоматологами и контролируемое дистанционно специалистами-ортодонтами посредством теледентологии, является жизнеспособным подходом к снижению степени тяжести неправильного прикуса у детей, находящихся в неблагоприятном положении, когда направление к ортодонту неосуществимо [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Clark G. T. Teledentistry: What is it Now, and What Will it be Tomorrow? [Text] / Clark G. T. // J Calif Dent Assoc. – 2000. – Vol. 28. – P. 121–7.

2. Bhambal, A. Teledentistry: Potentials Unexplored [Text] / Bhambal A., Saxena S., Balsaraf S. V. // J Int Oral Health. – 2010. – Vol. 2. – P. 1–6.
3. Mihailovic, B. Telemedicine in Dentistry (Teledentistry) [Text] / Mihailovic B., Miladinovic M., Vujicic B. In: Grasczew G., Roelofs T. A., editors. Advances in Telemedicine: Applications in Various Medical Disciplines and Geographical Areas 2011. Rijeka (Croatia): InTech; 2011. pp. 215–30.
4. Friction J. Using Teledentistry to Improve Access to Dental Care for the Under-served [Text] // Friction J., Chen H. // Dent Clin North Am. – 2009. – Vol. 53. –P. 537–48.
5. Berndt J. Using Teledentistry to Provide Interceptive Orthodontic Services to Disadvantaged Children [Text] / Berndt J., Leone P., King G. // Am J Orthod Dentofac Orthop. – 2008. – Vol. 134. – P. 700–6.

УДК 614.2

РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В УПРАВЛЕНИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Людмила Александровна Эртель

д. м. н., профессор кафедры криминалистики и правовой информатики

Кубанский государственный университет

Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [1] перед Правительством РФ определены задачи, среди которых: при разработке национальной программы в сфере демографического развития исходить из того, что в 2024 году необходимо обеспечить: создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Для реализации поставленных задач, Постановлением Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 утверждено Положение «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» [2]. Данное Положение определило: задачи и функции единой государственной информационной системы (ЕГИС); структуру и порядок ведения,

порядок и сроки предоставления информации в единую систему; участников информационного взаимодействия; порядок доступа к информации, содержащейся в единой системе; требования к программно-техническим средствам единой системы; порядок обмена информацией с использованием единой системы; порядок защиты информации, содержащийся в единой системе.

В 2019 г. в Краснодарском крае насчитывалось 143 больничных организации, из них 104 – в городских поселениях, 39 – в сельской местности; 340 врачебных амбулаторных организаций, из них 283 – в городских поселениях, 57 – в сельских [3]. По состоянию на 2019 г. 239 МО и 510 их структурных подразделений используют медицинские информационные системы (МИС). МИСы, используемые в крае, соответствуют требованиям МЗ РФ как в части ведения электронной истории болезни, так и в части обеспечения юридически-значимого электронного документооборота, проведена интеграция для использования данных о пациенте в Единой электронной медицинской карте. Интеграционная шина (РС ЕГИСЗ Краснодарского края) – Нетрика.

На территории Краснодарского края реализованы следующие региональные сервисы: «Портал записи на прием к врачу через Интернет»; «Электронная медицинская карта»; «Льготное лекарственное обеспечение»; «Управление потоками пациентов»; «Система холтеровского мониторинга»; «Лабораторные исследования»; «Радиологическая информационная система»; «Телемедицинская система»; «Региональный Контакт-центр»; «Сервис уведомлений участкового врача»; «Сервис демография – уведомления о летальных исходах для участковой службы»; «Реестр электронных медицинских документов»; «Региональный портал врача»; «Санавиация»; «Журнал отложенной записи»; «Неотложная помощь».

Реализованы и успешно функционируют сервисы интеграции с ТФОМС КК: «Направление на госпитализацию», «Проверка страховой принадлежности и прохождения диспансеризации (профилактических осмотров)», «Прикрепление населения», «Диспансеризация и профосмотры».

Основная МИС, используемая в большинстве медицинских организаций Краснодарского края, – это типовая МИС на ядре «САМСОН»,

сопровождение и модернизацию которой осуществляют три компании-вендора и ГБУ «КМИАЦ» (раннее МБУ «КМИВЦ») (собственная разработка). Дополнительно функционирует 8 различных МИС в учреждениях краевого уровня, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

С 2016 года регион принимает участие в реализации федерального проекта передачи данных лабораторных исследований для нужд Национального интеграционного центра мониторинга биологических угроз. Для этого развернут и функционирует региональный сервис обмена данными лабораторных исследований, собирающий информацию о результатах проведенных населению Краснодарского края анализов в 140 медицинских организациях края. Представленные вендоры – ООО «Лаборатория «Акросс-Тех», Ариадна, АИС «СОЦ-лаборатория».

В крае внедрена и функционирует автоматизированная система (АС) «Поликлиника», которая позволяет повысить качество обслуживания пациентов; повысить квалификацию медицинского персонала; снизить себестоимость обслуживания населения; снизить затраты на хранение и ведение картотеки амбулаторных карт; обеспечить учет выполненных медицинских услуг; получить социальный пакет. АС «Поликлиника» состоит из автоматизированных рабочих мест (АРМ).

АС «Стационар» – многофункциональный комплекс информационно-статистического учета. Данный комплекс предназначен для автоматизации работы приемного отделения, отдела медицинской статистики, экономической службы и позволяет получить информацию по составу лечашегося контингента, по количеству и стоимости лечения. С помощью АС возможно сформировать статистическую отчетность, анализировать спрос населения на конкретные медицинские услуги, вести расчет показателей, контролировать их динамику и формировать управленческие решения по совершенствованию работы стационара.

В системе здравоохранения Краснодарского края сложилась информационная инфраструктура, которая базируется на современных технологиях и включает в себя локальные вычислительные сети медицинских организаций, развитое программное обеспечение и достаточно хорошую оснащенность вычислительной техникой.

Многие медицинские организации имеют и активно используют доступ в сеть Интернет.

Существующая система должна быть гибкой, способной быстро реагировать на изменения в деятельности медицинской организации, поэтому требует постоянного совершенствования. С учетом возможности атак системы вредоносными вирусами требуется совершенствование системы защиты, нейтрализующей актуальные угрозы, создающих опасность несанкционированного, в том числе случайного, доступа к персональным данным при их обработке в информационной системе, результатом, которого могут стать уничтожение, изменение, блокирование, копирование, предоставление, распространение персональных данных. Несмотря на то, что в системе каждому пациенту присваивается уникальный идентификатор, на каждом рабочем месте в поликлинике или стационаре врач работает с конкретным пациентом с открытыми персональными данными. Для доступа в систему используется только пароль. Как показывает практика, это недостаточно надежный метод защиты информации от неправомерного доступа к информации, составляющей врачебную тайну. В связи с этим требуется процедура аутентификации пользователя путем предоставления, например, предмета с уникальными характеристиками или содержимым (например, смарт-карты, USB-токен) или использование биометрических персональных данных (отпечаток пальца, скан сетчатки глаза). Кроме того, потребуется подтверждение авторства электронного документа с помощью электронно-цифровой подписи (ЭЦП). Проверить подлинность ЭЦП возможно с помощью открытого ключа. Все пользователи шифруют сообщение открытым ключом, адресат расшифровывает закрытым.

В связи с тем, что решение вопроса о необходимости ЭЦП сотрудникам медицинской организации лежит на руководителе данной организации, в Краснодарском крае в настоящее время проходит процедура дифференциации уровня защиты информационных систем от минимально четвертого до максимально первого в отдельно взятых организациях. С целью обеспечения конфиденциальности электронного документа в медицинских организациях действуют положения об электронном документообороте.

В рамках развития регионального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении Краснодарского края на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» (далее – Региональный проект) были сформированы мероприятия и проведена их реализация, направленная на достижение результатов и показателей Регионального проекта в 2019 году. Основное внимание было уделено развитию материально-технической базы медицинских организаций.

С учетом потребности медицинских организаций в 2019 году было подготовлено и согласовано с Департаментом информатизации и связи Краснодарского края 7 типов серверного оборудования в зависимости от комплектации: 1 – минимальный, 7 – максимальный.

Сервера Тип 1 – Тип 7 – это серверные платформы, которые на начальном уровне удовлетворяют потребности МО, но в процессе работы могут быть модернизированы по ряду параметров (количество процессоров, объем оперативной памяти, количество и объем жестких дисков). Все сервера должны быть собраны на современной элементной базе, укомплектованы минимум 2 блоками питания достаточной мощности, поддерживающими режим горячей замены, иметь не менее 4 гигабитных Ethernet-портов, RAID-контроллер.

На серверах установлен автономный гипервизор, позволяющий развернуть не менее 2 гостевых операционных систем – одна для СУБД, вторая – терминальный сервер приложений. Обе операционные системы на базе программного обеспечения с открытым исходным кодом. Встроенные в операционную системы модули для работы с криптопровайдерами CryptoPro CSP 4 и VipNet CSP 4.2 позволят осуществлять подписание медицинских документов сертификатами электронной подписи, реализуя тем самым электронный медицинский документооборот.

Каждый АРМ состоит из терминальной станции, обеспечивающей взаимодействие с терминальным сервером медицинской организации для работы с МИС и региональными сервисами, с возможностью подключения периферийного оборудования (принтер, сканер, МФУ), дополнительного медицинского оборудования (любого, осуществляющего передачу данных на АРМ через USB или COM-порт) и использующей операционную систему, не требующую лицензионных отчислений,

широкоформатного монитора с качественной матрицей с разрешением FullHD, клавиатуры с мышью и источником бесперебойного питания, который при неисправности или отключении основного источника обеспечивает подключенное оборудование электропитанием необходимого качества и необходимой мощности для продолжения работы, либо ее корректного завершения (в случае длительных отключений), а также его защиту от всплесков и перепадов напряжения.

Компактный размер терминальной станции наряду с возможностью крепления его к монитору посредством разъемов VESA позволяет оптимизировать рабочее пространство на столе медицинского работника.

Встроенный в терминальную станцию динамик позволяет на рабочем месте медицинскому работнику проходить дистанционное обучение на обучающих порталах и участвовать в проведении вебинаров без установки дополнительного оборудования.

Встроенные в операционную систему модули для работы с криптопровайдерами CryptoPro CSP 4 и VipNet CSP 4.2 позволяют осуществлять подписание медицинских документов сертификатами электронной подписи, реализуя тем самым электронный медицинский документооборот. В комплект поставки включены все необходимые интерфейсные кабели, в том числе патчкорд для подключения к локальной сети медицинской организации.

Таким образом, на основании вышеизложенного, приходим к выводу о том, что в Краснодарском крае в непрерывном режиме идет процесс формирования актуального, защищенного Единого информационного пространства в системе здравоохранения. По результатам мониторинга функционирования системы в постоянном режиме выявляются пробелы с последующим решением возникших проблем.

В МИС ведутся протоколы врачебных осмотров, экспертиз, освидетельствований, сведений об оказанной медицинской помощи и т. д. Формируются электронные листки нетрудоспособности. Необходимо, чтобы система была интегрирована с региональной лабораторной информационной системой или той, которая входит в состав МИС клиники.

МИС интегрирована с централизованными системами управления здравоохранением, федеральным реестром электронных медицинских

документов. Системы поликлиники подключены к федеральной электронной регистратуре и сервисам личного кабинета пациента «Мое здоровье» на портале gosuslugi.ru. В этой подсистеме медицинские организации имеют возможность управлять потоками пациентов, вести расписание приемов, листы ожидания, учет прикрепленного населения, следить за сроками оказания медицинской помощи, регистрировать сведения об оказанных услугах.

Реестры по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) формируются автоматически на основании сведений из электронных медицинских карт.

Приказом Минздрава России от 24.12.2018 № 911н утверждены требования к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций [3].

Несмотря на достигнутые успехи в области информатизации в крае, так и по России в целом имеются и недостатки, которые можно сформулировать следующим образом:

- недостаточное внимание к методам и средствам компьютеризации [4];
- дублирование государственных проектов по цифровизации здравоохранения без учета региональных особенностей;
- отсутствие направления, по которым для всех федеральных, государственных и муниципальных медицинских организаций информационные системы должны быть обязательными и едиными [5];
- отсутствие готовности регионов к тотальному переводу документооборота в электронный вид вследствие ряда причин: низкий уровень компьютерной грамотности медицинских работников, недостаточная оснащенность медицинских учреждений техническими устройствами, отсутствие практики по данному вопросу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 (ред. от 19.07.2018) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297432/.

-
2. О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (вместе с Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения) Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 (ред. от 02.02.2019) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297474/.
 3. Здравоохранение и социальное обеспечение населения Краснодарского края : Статистический сборник. Управление федеральной службы государственной статистики по Краснодарскому краю и Республике Адыгея. – Краснодар, 2020.
 4. Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций: Приказ Минздрава России от 24.12.2018 № 911н [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327147/.
 5. Титов, В. А. Проблемы информатизации системы здравоохранения [Текст] / В. А. Титов, С. Н. Цыганов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3. – С. 500.
 6. Стрельченко, О. В. Информатизация как важнейший фактор успешного развития учреждения здравоохранения [Текст] / О. В. Стрельченко, М. И. Воевода, А. Л. Заиграев, В. М. Чернышев // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – № 2. – С. 114.

2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2:008

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМАТИК ВНЕДРЕНИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Юлия Александровна Зуенкова

преподаватель, член Гильдии маркетологов,
сертифицированный эксперт по маркетинговым коммуникациям

Российский университет дружбы народов, г. Москва

научный руководитель д. м. н., профессор Д. И. Кича

В Российской Федерации с 2019 г. реализуется Национальный проект «Здравоохранение», одной из ключевых целей которого указано внедрение «бережливых технологий» [1]. Сегодня инновации в области управления рассматриваются как инструмент реализации государственной политики в повышении эффективности системы здравоохранения на основе достижений медицины. Постановление от 26 декабря 2017 г. № 1640 регламентирует перевод государственной программы «Развитие здравоохранения» на проектное управление. Реализация проекта «Бережливая поликлиника», начатая в 2016 году, показала, что руководителям органов управления здравоохранением необходимо осознать проблематику внедрения управленческих инноваций в медицинскую практику и разработать механизмы их решения [3]. Проект «Бережливая поликлиника» вызвал неоднозначную реакцию среди медицинского персонала. Несмотря на обещания авторов проекта, что врачи получат оптимизацию их сложной работы и профессиональное свободное время, пациенты будут более лояльны, так как повысится доступность медицинской помощи, одним из результатов стали увольнения врачей, неразбериха и хаос.

Принимая во внимание тот факт, что с 2019 года бережливые технологии внедряются в стационаре, а также могут быть активно задействованы в реализации Федеральных проектов [2], необходим подробный анализ ошибок, допущенных на первом этапе внедрения проекта, для разработки рекомендаций по внедрению данной управленческой инновации.

Среди организаторов здравоохранения, участвующих в реализации Проекта, проводилось глубинное интервью с целью изучения основных проблематик, сопутствующих внедрению методов «бережливого производства». Также проводилось online-анкетирование слушателей курса повышения квалификации кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФНМО РУДН об их опыте применения технологии и готовности ее внедрять по результатам проведенного курса.

Основными проблемами врачи называли несоответствие ожиданий персонала и декларируемой минздравом пользы методике, неправильную организацию работы, избыточные требования местных органов управления по получению результатов проекта и жесткие сроки, противоречие базовым принципам медицины, а также проблемы ментальности и слабую ресурсную оснащенность проекта. Среди проблем отмечалась низкая мотивация руководителей и психологическая усталость в связи с множеством управленческих инноваций.

Опыт проведения лекций и дискуссий с врачами по теме «Бережливая медицина» в рамках учебного курса позволил выявить и сформулировать барьеры, препятствующие внедрению «бережливого» подхода в практику медицинской организации (можно было дать несколько вариантов ответов): отсутствие ресурсов – 72 %; отсутствие материальных стимулов для ее внедрения – 44 %; слабая информированность медицинского персонала о методике и правильном ее использовании – 39 %; недостаточные знания в области применения инструментов бережливой медицины на практике – 39 %; опасения персонала перед новой методикой – 11 %. Три четверти слушателей, по результатам прохождения курса, признали лекции по «бережливой» медицине полезными для своей работы. Описаны ожидаемые респондентами результаты внедрения «бережливой медицины» (можно

было дать несколько вариантов ответов): снижение финансовых затрат и экономическое преимущество – 67 %; повышение операционной эффективности и оборота койки – 33 %; повышение удовлетворенности пациентов – 89 %; повышение доступности медицинской помощи – 28 %; снижение нагрузки на персонал – 67 %; повышение качества оказания услуг – 56 %; снижение количества врачебных ошибок – 44 %; прочие организационные улучшения – 61 %. По заявлениям респондентов, они предприняли попытки внедрения технологии в своей организации и получили успешные результаты – 67 %; не получили результатов после попыток внедрения – 22 %, остальные 11 % затруднились с ответом. Анализ источников мотивации показал: 78 % – хотели улучшить результаты своей работы; 61 % – испытывали потребность применить знания на практике, 11 % – внедряли методики в связи с приказом руководства.

Анализ результатов восприятия проблем показал схожесть полученных данных с результатами внедрения данного проекта в других странах. Обнаружены некоторые особенности – в частности, разность ментальности, психологическая усталость, связанная с избытком управленческих инноваций. Данные факты необходимо учесть при масштабировании проекта для достижения более значимого успеха.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ГОСТ Р 56020-2014. Бережливое производство. Основные положения и словарь [Текст]. – М.: Стандартинформ, 2014.
2. Зуенкова, Ю. А. Бережливая медицина как отраслевой стандарт онкологического диспансера и драйвер развития Федеральной онкологической программы [Текст] / Ю. А. Зуенкова, Д. И. Кича // Исследования и практика в медицине. 2019. – Т. 6.
3. Протасова, Л. М. Опыт внедрения технологий бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик [Текст] / Л. М. Протасова, В. Н. Масунов, В. А. Бойков и др. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – 65(4).

УДК 65.012.7

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ С ГОСУДАРСТВЕННОЙ И ЧАСТНОЙ ФОРМОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Юлия Александровна Зуенкова

преподаватель, член Гильдии маркетологов, сертифицированный эксперт
по маркетинговым коммуникациям

Российский университет дружбы народов, г. Москва

*научный руководитель д. м. н., профессор **Д. И. Кича***

В 2018 году Приказом Министерства труда и социальной защиты № 366н Российской Федерации был утвержден Профессиональный стандарт маркетолога. Однако, несмотря на это, до сих пор среди организаторов здравоохранения отсутствует ясное понимание, чем должен заниматься маркетолог. Это часто приводит к несоответствию профиля сотрудника выполняемым задачам, что, наряду с такими факторами, как несоответствие поставленных задач потребностям клиники, низкая эффективность коммуникаций между клиническими подразделениями и службой маркетинга, может быть причиной низкой эффективности маркетинга в целом. Решение подобных проблем осуществляется построением службы маркетинга, наиболее соответствующей потребностям организации.

Выделяют следующие основные типы оргструктуры службы маркетинга: функциональная, продуктовая, географическая и рыночная, каждая из которых имеет достоинства и недостатки. Проведенный анализ успешных служб маркетинга в клиниках г. Москвы показал, что подходы к их организации принципиально отличались в клиниках в зависимости от их формы собственности.

Так, в клиниках с частной формой (15 клиник) собственности можно наблюдать все четыре типа оргструктур, тогда как в бюджетных медорганизациях (15 клиник) службы маркетинга были представлены только функциональным типом. В бюджетных медорганизациях функционал стратегического маркетинга чаще всего принадлежал главному врачу либо начмеду, тогда как функционал маркетинг-микса разделялся – начмед либо заместители по направлениям отвечали за «продукт», отдел качества – за «сервис», заместитель по экономике –

за ценообразование. Каналы распределения, которые в здравоохранении представлены ОМС и ДМС, курируются также экономическим отделом. Что же касается маркетинговых коммуникаций, то чаще они представлены только PR- и пресс-службой. В отдельных случаях выделялся дополнительный специалист для проведения мероприятий.

Стандартный функционал маркетолога бюджетной медорганизации можно условно разделить на четыре зоны: связи с общественностью и PR (публикации, пресс-релизы, сбор отзывов, разработка позиционирования), event-маркетинг (проведения различных мероприятий для населения), интернет-маркетинг (поддержка и наполнение сайта, соцсети). К более редким видам деятельности маркетолога бюджетной медорганизации можно отнести: сторителлинг, проведение маркетинговых исследований, запуск сарафанного радио. Однако в нашей выборке такие прецеденты отсутствовали.

Подход к организации маркетинга в частных клиниках принципиально отличается от такового в бюджетных медорганизациях и скорее зависит от жизненного цикла клиники. Нами была применена модель роста Грейнера, были описаны основные этапы, через которые проходит типичная клиника, сформулированы цели и задачи клиники на каждом этапе, описан функционал службы маркетинга с разделением его на возможность аутсорсинга, штатной работы и делегирования другим подразделениям, что позволило создать модель медицинского маркетинга для коммерческой клиники.

Проведенный анализ позволил также сделать следующие выводы. Основными требованиями к организационной структуре маркетинга можно считать: гибкость, мобильность, адаптивность, простоту, соответствие масштабам и видам оказываемых услуг, ориентацию на конечного потребителя, наделенность маркетинга должными правами.

Профиль требований к маркетологу бюджетной и частной медорганизации отличается – в частных медорганизациях требования к маркетологам не существенно отличались от требований, предъявляемым к этим специалистам в других сферах. В то же время к ключевым характеристикам маркетолога в бюджетном здравоохранении можно отнести следующие: понимание рынка здравоохранения, умение находить общий язык с медицинским персоналом, опыт работы в бюджетной сфере здравоохранения, готовность работать в отрасли более пяти лет, соблюдение принципа «не навреди» при планировании кампаний, владение инструментами социального маркетинга и умение «найти»

социальную составляющую при достижении коммерческих целей, знание всех стейкхолдеров и умение вступать в альянсы с бизнес-структурами и НКО без ущерба для репутации медорганизации, а также знание нормативных документов.

Результаты проведенного исследования позволили сформулировать рекомендации для кадровых служб по подбору специалистов по маркетингу в зависимости от жизненного цикла организации, типа мышления кандидата, стажа и опыта работы, типа образования, сферы предыдущей деятельности, типа личности, что должно улучшить показатели рекрутинга и работы в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ван, Ассен. Ключевые модели менеджмента. 60 моделей, которые должен знать каждый менеджер [Текст] / Ван Ассен, ван ден Берг, Питерсма П. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2013.
2. Гайдаенко, Т. А. Маркетинговое управление. Полный курс MBA [Текст] / Т. А. Гайдаенко. – М.: Эксмо, 2006.
3. Кича, Д. И. Организация маркетинговых исследований деятельности больницы [Текст] / Д. И. Кича, М. И. Ликстанов, М. Е. Путин и др. – М.: ИД Гэотар-Мед, 2004.
4. Зуенкова Ю. А. Шесть бесплатных мероприятий, чтобы привлечь пациентов в клинику [Текст] / Ю. А. Зуенкова // Здравоохранение. МЦФЭР. – 2018. – № 8. – С. 88–95.

УДК 65.01

РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ФИРМЕ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМОДЕРНИСТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕОРИИ

Сергей Александрович Князев

к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Анна Сергеевна Мужиченко

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

В наше время стратегическое поведение, позволяющее организации выживать в конкурентной борьбе в долгосрочной перспективе, обрело особое значение. Медицинские организации в условиях конкурентной борьбы и быстро меняющейся ситуации должны не только

концентрировать внимание на внутреннем состоянии дел в самом медицинском учреждении, но и выработать долгосрочную стратегию, которая позволила бы им успевать за изменениями, происходящими в их окружении, тем самым улучшая предоставление медицинских услуг населению. Выбор стратегии и ее реализация составляют основную часть содержания деятельности по стратегическому управлению. А этот выбор напрямую зависит от существующей ситуации на рынке.

Как известно, разработка стратегии – процесс длительный и трудоемкий, требующий особого внимания и необходимости предусмотрения всех вариантов развития ситуаций. А в последнее время в связи с появлением новой коронавирусной инфекции COVID-19 ситуации во всех сферах общества, которые косвенно или напрямую влияют на жизнедеятельность фирм, обрели особо быстроизменяемый характер. Так, резкое возникновение новых обстоятельств, появление разноплановых запросов клиентов, устанавливающиеся запреты ставят многие организации в затрудненное положение при разработке стратегий и принятии управленческих решений любого уровня.

Различные предприятия по-разному решают эту проблему. Сложные и крупные предприятия разрабатывают стратегии более подробно и детально, а предприятия малого бизнеса ограничиваются основными принципами стратегического планирования. Для медицинских учреждений правильная разработка стратегии особенно важна, так как при эффективной ее реализации организация здравоохранения улучшит качество предоставляемых услуг пациентам, а тем самым повысится общий уровень здоровья населения.

Как советуют многие источники литературы, при выборе методов управления, планирования, особенно в непростое время, руководство должно действовать обоснованно, в четко установленных рамках, тщательно продумывать каждый свой шаг. Это утверждение верное, действительно, без логически продуманных и обоснованных действий трудно создать стратегию, которая впоследствии приведет компанию к успеху. Но в трудные, быстро меняющиеся ситуации, которые преподносят организации различные испытания, также трудно действовать всегда по оговоренному плану. Более того, сложно предусмотреть все возможные варианты развития событий во всех отраслях, каким-либо образом касающихся жизнедеятельности фирмы. Именно поэтому, в таких ситуациях, при разработке стратегии, а также при принятии

решений различного уровня целесообразно отнестись к постмодернистской организационной теории.

Постмодернизм изначально отвергает принцип системной организованности, целостности и структурной упорядоченности общества, его институтов и организаций. С точки зрения традиционных подходов это ведет к хаосу и беспорядку, но в постмодернизме это означает многообразие возможностей. Нестабильность и неопределенность при этом рассматриваются не как некие нарушения в функционировании системы, а как признак и условие ее существования и развития. В современной теории организации данное положение нашло отражение, прежде всего, в концепциях гибких и сетевых структур, подходах к формированию организационных связей и коммуникаций, а также в подходах к изучению взаимодействия организации с внешней средой.

Используя ключевые черты постмодернистской организационной теории в разработке стратегии компании, можно увидеть ситуацию с совершенно другого ракурса и, как следствие, обнаружить новые возможности развития сложившихся обстоятельств. Уделение особого внимания в организационных моментах герменевтике, семиотике, дискурс-анализу – это и есть основные черты данной теории. Загоняя себя в установленные рамки при выборе действий, иногда невозможно выбраться уцелевшим из трудного положения, в котором оказалась компания. Делая акцент на смене восприятия и используя нестандартные методы мышления, принятия решений, можно не только справиться с проблемами компании на внешнем и внутреннем уровне, разработать грамотную стратегию, но и впоследствии вывести организацию на совершенно иной, высший уровень.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. McCloskey, D. The Genealogy of Postmodernism: An Economist's Guide [Text] // Amariglio J., Cullenberg S., Ruccio D. F. (eds.) Postmodernism, Economics and Knowledge. – L.: Routledge, 2001. – P. 120.
2. Бодрийяр, Ж. Символический обмен и смерть [Текст] / Ж. Бодрийяр – М.: Добросвет, 2000. – 387 с.
3. Болдырев, И. Экономическая методология и постмодернизм [Текст] / И. Болдырев // Вопросы экономики. – 2006. – № 11. – С. 59–78.
4. Каммингс, С. Реконструкция стратегии [Текст] / С. Х. Каммингс. – Харьков: Изд-во Гуманитарный центр, 2010. – 560 с.
5. Катькало, В. С. Эволюция теории стратегического управления [Текст] / В. С. Катькало. – СПб.: Высшая школа менеджмента; Издат. дом С.-Петерб. гос. ун-та, 2011. – 548 с.

УДК 336.563:004

ЛОКАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ НА ОСНОВЕ БЛОКЧЕЙН-ПЛАТФОРМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Юрий Алексеевич Козенко

д. э. н., профессор кафедры менеджмента

Татьяна Евгеньевна Козенко

ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Волгоградский государственный медицинский университет

Современные новации в области блокчейн-технологий открывают широкий горизонт их использования. Господствующие сегодня представления о том, что блокчейн-платформы создаются исключительно для обслуживания криптовалют, следует считать в корне ошибочным. Внедрение и широкое освоение блокчейн-технологий в современном мире открывает возможность повышения качества обслуживания, в том числе и в области здравоохранения. Управление маршрутизацией лечебного процесса позволяет комплексно определить и с наименьшими потерями времени врача и пациента адекватно выстроить не только сам лечебный процесс, но и последующий мониторинг, с полным охватом всей территории страны [1]. Именно блокчейн-технологии открывают возможность в процессе выздоровления и реабилитации задействовать разнообразное фармакологическое обеспечение, фактическое приобретение и непосредственное использование лекарственных средств и отслеживать реакции организма [2, 3]. Появляется дополнительная возможность осуществления более детального мониторинга за ходом протекания лечебного процесса по отношению к конкретному пациенту, в том числе и находящемуся в этот момент в отдаленном регионе страны. При этом необходимые коррекции может вносить любой врач, к которому обратился пациент независимо от его территориального положения в этот момент. Именно посредством блокчейн-технологий каждая запись автоматически ранжируется по времени и не подлежит исправлению, что обеспечивает должную степень ответственности каждого медицинского работника.

Локальное управление на основе блокчейн-платформы при оказании стоматологической помощи на амбулаторном приеме, на наш взгляд, заключается в том, что принимающий пациента хирург-стоматолог получает возможность завести в электронном виде историю болезни пациента и самостоятельно поставить диагноз. В случае необходимости проведения дополнительных исследований, врачу, например, осуществляющему рентгенологическое обследование, открывается доступ к соответствующему полю в блокчейн-карточке пациента, являющейся одной из форм электронной истории болезни. В соответствии с концепцией ведения записей на соответствующей блокчейн-платформе, эта запись и соответствующие рентгенографические изображения не могут быть удалены, обозначены иначе или отодвинуты по времени в иное поле блокчейн-карточки. Это позволяет хирургу-стоматологу получить ответы на поставленные им вопросы от врача-рентгенолога в четкой последовательности действий. Если параллельно возникает необходимость взаимодействия с парадонтологом и иными узкими специалистами, то при подобной технологии использования блокчейн-платформы исключается возможность нарушения последовательности отражения записей в истории болезни. Любой из специалистов получает возможность текущего ознакомления со сведениями, отраженными в блокчейн-карточке на текущий момент. Причем узкие специалисты не обязательно должны иметь принадлежность к одному лечебному учреждению. Процесс обследования и оказания лечебного воздействия может охватывать и периоды возможных выездов пациента за пределы региона. Квалифицированные специалисты могут отвечать на вопросы, поставленные хирургом-стоматологом на всей территории государства. Доступ к блокчейн-карточке одновременно следует обеспечить и представителям страховой организации, прокуратуре, Фонду социального страхования и другим заинтересованным структурам в рамках их области интересов, без возможности внесения собственных записей, с соблюдением закона о врачебной тайне [4, 5]. Распечатка отдельных фрагментов блокчейн-карточки на определенный момент времени, по нашему мнению, должна обладать юридической силой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Козенко, Ю. А. Управление маршрутизацией лечебного процесса посредством блокчейн-технологий [Текст] / Ю. А. Козенко, Т. Е. Козенко // Сибирская финансовая школа. – 2019. – № 3 (134). – С. 25–27.

2. Бессонов, И. П. Усовершенствование электронного документооборота в условиях стоматологической поликлиники [Текст] / И. П. Бессонов, Т. Е. Козенко // В сборнике: Стоматология – наука и практика, перспективы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения и 20-летию Стоматологической поликлиники Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2019. – С. 37–38.

3. Козенко, Т. Е. Оптимизация времени приема пациентов в условиях стоматологической поликлиники с помощью цифровых технологий [Текст] / Т. Е. Козенко, И. А. Максютин // В сборнике: Стоматология – наука и практика, перспективы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения и 20-летию Стоматологической поликлиники Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2019. – С. 129–130.

4. Быков, А. Ю. Право цифровой экономики: некоторые народно-хозяйственные и политические риски [Текст] / А. Ю. Быков. – М., 2018.

5. Указ Президента Российской Федерации от 5 декабря 2016 г. № 642 «Об утверждении Доктрины информационной безопасности Российской Федерации». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41460>.

УДК 65.012.7

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА КАК КОМПОНЕНТ СИСТЕМЫ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМПАНИИ

Михаил Игоревич Кудрявцев

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

*научный руководитель к. э. н., доцент кафедры экономики
и менеджмента В. В. Голиков*

Мотивация персонала – это фактор, за счет которого система сбалансированных показателей имеет возможность эффективно функционировать. Создание высокоэффективных и мотивированных команд в медицинском учреждении повышает производительность труда, улучшает качество оказываемой населению помощи, стимулирует новаторство и гибкость, улучшает уровень жизни сотрудников и позволяет добиться снижения издержек медицинского учреждения.

Медицинская услуга по своей сущности нематериальна, соответственно пациент оценивает ее через разные компоненты – внешние, внутренние, функциональные, интерактивные. Для создания

персонализированного подхода к пациенту важно наличие ключевого компонента – профессиональная высокомотивированная и сплоченная команда.

Прежде чем рассмотреть наиболее распространенные теории мотивации, необходимо определить значение мотивации. Понятие мотивации связано с вопросом о том, что заставляет людей работать напряженно и хорошо, быть настойчивым и преодолевать препятствия, с энтузиазмом относиться к своей работе. И здесь кроется главный секрет – если у менеджера не будет более или менее полного представления о том, чего хотят его подчиненные и что они ждут от своей работы, то он вряд ли справится со своей задачей.

Для того чтобы переосмыслить собственные представления о способах мотивации, которыми мы наиболее часто пытаемся повысить заинтересованность своих сотрудников к работе, обратимся к наиболее часто встречающимся теориям.

Для начала рассмотрим мотивацию, полагая, что наше поведение определяется человеческими потребностями, требующими удовлетворения. Следовательно, если мы понимаем потребности человека, мы можем организовать работу таким образом, что работник сможет добиваться удовлетворения этих потребностей.

В качестве примера приведем несколько теорий мотивации:

- Хоторнские исследования. В процессе исследования изменялись условия труда (освещенность, увеличение перерывов, менялось время работы, отдельное помещение т. д.). В результате ученые сделали вывод, что мотивация участников определялась не условиями работы, а принадлежностью к группе.

- Теория А. Маслоу. Из его теории следует, что, когда удовлетворены потребности более низкого уровня, мы обращаем внимание на потребности следующего уровня, и они интересуют нас до тех пор, пока остаются неудовлетворенными.

- Теория Ф. Герцберга. Теория основана на выявлении факторов, влияющих на удовлетворенность работой, но одновременно слабо влияющих на мотивацию.

Вышеописанные теории показали, что работу необходимо организовывать с учетом потребности людей, а не только производства. Менеджер должен понимать, что, кроме экономических, существуют

еще и социальные потребности. Это не означает, что людей не интересуется уровень заработной платы и безопасность на рабочем месте. Но работа в группе имеет для многих особое значение. Описанные выше теории поставили под сомнение директивный тип управления, дали понять менеджерам, что они должны помогать сотрудникам в удовлетворении их социальных потребностей.

Рассмотренные теории предполагают, что людей мотивируют различные потребности и они будут мотивированы, если организация, в которой они работают, предоставит им возможности, позволяющие удовлетворить их. При этом нет никаких гарантий, что, получая вознаграждение, сотрудник будет прилагать больше усилий или что их наращивание приведет к увеличению производительности его труда и повышению качества работы. Поэтому на первый план выходит связь между прилагаемым усилием и вознаграждением. Эту связь оценили в теории ожиданий.

Теория выявила три основных фактора мотивации, на которые необходимо обращать внимание менеджера для повышения уровня мотивации сотрудников:

1. Связь между усилиями и показателями выполнения работы.
2. Связь между показателями выполнения работы и вознаграждением/наказанием.
3. Типы имеющихся вознаграждений/наказаний.

Из теории ожиданий стоит сделать несколько выводов относительно того, как люди воспринимают определенные вознаграждения и оценивают свои шансы достичь их:

- Мотивация есть результат сознательного принятия решений, которые будут зависеть от индивидуальных способностей сотрудника просчитать возможные альтернативные варианты своих действий.
- Мотивация определяется характером связи между вознаграждением и усилиями человека.
- Люди ищут разные пути получения вознаграждения и просчитывают, стоит ли действовать тем или иным образом.

Маловероятно, что в наше сложное время какая-то из вышеописанных теорий сможет дать полное объяснение поведения и помочь предсказать его. Одним из новых подходов к этой проблеме является концепция психологического контракта, предлагающая новый взгляд на проблему мотивации.

Психологический контракт представляет собой наиболее последовательную попытку разобраться в проблеме мотивации и, в связи с этим, психологический контракт взят за основу в разработке системы мотивации в рамках сбалансированной системы показателей в медицинской организации.

Психологический контракт – это модель «встречных ожиданий», в которой отражено, как соотносятся ожидания работника и работодателя. Эти ожидания могут быть деловыми и выражаться, например, в деньгах или отработанных часах, или принимать форму отношений, например, доверия или преданности. Если работник и работодатель не разделяют общей точки зрения на эти взаимные ожидания, то в организации появятся проблемы.

Базовая модель психологического контакта представлена на рис.



Рис. Базовая модель психологического контракта

Недостаточно иметь представление только о содержании контракта. Другими словами, о том, каковы ожидания, а важно знать, как об этих ожиданиях стороны сообщают друг другу.

Рассмотрим отдельно виды ожиданий, так как по сути это будет являться основой будущей системы мотивации в организацию:

Во-первых, деловые ожидания. Согласно теории психологического контракта, ожидания сотрудников, связанные с их работой (деловые ожидания) в организации, определяются двумя основными факторами – обещаниями и обоюдностью. На основе обещаний, данных работодателем, и оценки своей работы у сотрудников формируется мнение о том, что им причитается. Работник также может сформировать обещания, наблюдая за отношением к другим сотрудникам, либо сделать выводы из слов при приеме на работу, или из подтекста разговора.

Во-вторых, ожидания, связанные с взаимоотношениями, являются источниками проблем, так как относятся к менее осязаемой сфере.

Очень сложно сообщить другой стороне о своем уважении, доверии или преданности, особенно если это нужно сделать письменно. При этом ожидание у работника формируется на основе его прошлого опыта. В таком случае ожидания у разных людей будут существенно отличаться, даже если они выполняют одну и ту же работу.

Теория психологического контракта позволяет решить проблему взаимоотношений между работником и работодателем и оценить, каким образом взаимоотношения наполняются смыслом.

Итак, для того чтобы построить систему мотивация персонала в организации, и она работала эффективно, необходимо получить ответы на следующие вопросы:

1. Разделяют ли обе стороны психологический контракт? Связывают ли с контрактом стороны, участвующие во взаимоотношениях найма, одни и те же ожидания?
2. Каким образом обещания и обязательства сообщаются сотрудникам?
3. Быть уверенным, что происходящие в организации процессы сотрудники считают справедливыми.

Выполнение психологического контракта будет являться основой для создания успешной и высокоэффективной системы мотивации персонала. Теория психологического контракта позволит менеджеру получить целый спектр концепций для размышления об отношении сотрудников к своей работе. Менеджеру необходимо думать об управлении ожиданиями, о том, как сообщить о подразумеваемых обязательствах, и о том, как «обещания», данные организацией, трансформируются в умах ее сотрудников.

В результате, для создания эффективной системы мотивации персонала менеджеру необходимо понимать взаимные ожидания и создать систему, которая позволит гибко управлять ими, так как ни один из вышеописанных подходов не даст универсальных инструментов для работы с мотивацией сотрудников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маслоу, А. Г. Мотивация и личность [Текст] / А. Г. Маслоу. – СПб.: Евразия, 1999.
2. Келли Дж. Психология личности. Теория личностных конструкторов [Текст] / Дж. Келли. – СПб.: Питер, 2000.
3. Rousseau, D. M. Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreements [Text] / D. M. Rousseau. – Sage Publications, London, 1995.

УДК 004

КРИТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ ИНФРАСТРУКТУРА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Яна Владимировна Куликова

аспирант

Волгоградский государственный технический университет

Относительно недавно был принят федеральный закон «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации» от 26.07.2017 № 187-ФЗ (ФЗ-187).

Закон посвящен выявлению в наиболее важных для жизни людей сферах таких систем, в случае остановки работы которых последствия могут быть сложноустраняемыми или даже катастрофическими.

Целью данного закона является определение правил выявления, категорирования и, самое главное, определение требований безопасности данных систем [1].

У многих организаций возник ряд сложностей при работе в рамках ФЗ-187: некоторые не могли понять, являются ли они субъектом критической информационной инфраструктуры (КИИ), некоторые не разобрались в порядке действий, некоторые не могли выявить, есть ли у них объекты КИИ.

В ФЗ-187 представлен ряд определений. Наиболее важные из них следующие:

критическая информационная инфраструктура (КИИ) – объект КИИ, сети электросвязи, используемые для организации взаимодействия таких объектов;

объекты КИИ – информационные системы (ИС), информационно-телекоммуникационные сети (ИТС), автоматизированные системы управления (АСУ) субъектов КИИ;

значимый объект КИИ – объект КИИ, которому присвоена одна из категорий значимости и который включен в реестр значимых объектов КИИ;

Каждая организация должна для себя определить – является ли она субъектом КИИ или нет. Для того чтобы лучше понимать сферу действия закона и основные определения, ниже представлена схема (рис.).

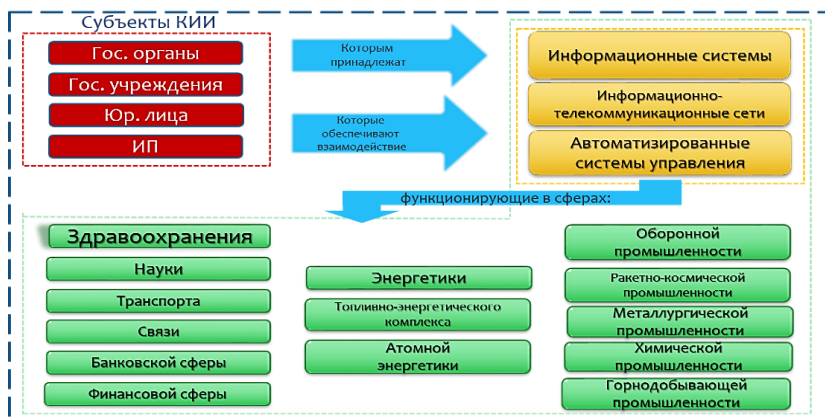


Рис. Определение субъекта КИИ

Из схемы можно понять, что если Вы государственное учреждение (орган), юридическое лицо или ИП, Ваш основной вид деятельности функционирует в перечисленных в ФЗ-187 сферах (например, в здравоохранении) и Вам принадлежат некоторые информационные системы, информационно-телекоммуникационные сети (ИТС) и автоматизированные системы управления (АСУ), которые помогают осуществлять Ваш основной вид деятельности, то Вы – **субъект КИИ**, а эти ИС, ИТС и АСУ и есть **объекты КИИ**.

Если организация по сфере действия является субъектом КИИ, но ей не принадлежит ни одна ИС, ИТС и АСУ, то объектов КИИ у нее нет.

Если в организации есть объекты КИИ, то необходимо определить, является данный объект значимым или нет. Именно для этого существует процесс категорирования объектов КИИ (подробно описанный в Постановлении Правительства РФ от 8 февраля 2018 г. № 127 «Об утверждении Правил категорирования объектов КИИ РФ, а также перечня показателей критериев значимости объектов КИИ РФ и их значений» (ПП № 127) [2]).

Таким образом, можно выделить следующие этапы категорирования объектов КИИ:

Предварительный этап – создание *комиссии* по определению объектов КИИ (вне зависимости от того – есть объекты КИИ или нет).

Этап 1. Подведомственные организации должны согласовать перечень объектов КИИ с регулирующим органом (для медицинских организаций Волгоградской области – это комитет здравоохранения Волгоградской области).

Этап 2. Утверждение руководителем организации и направление перечня объектов КИИ во ФСТЭК России.

Этап 3. Составление «Сведений о результатах присвоения объекту КИИ одной из категорий значимости либо об отсутствии необходимости присвоения ему одной из таких категорий» (согласно форме приказа ФСТЭК России от 21.03.2019 № 59) и направление данных сведений во ФСТЭК России.

Таким образом, у субъекта КИИ обязательно должны быть следующие документы: Приказ о создании комиссии по категорированию объектов критической информационной инфраструктуры; Положение о комиссии по категорированию объектов КИИ; Перечень объектов КИИ; Акт согласования перечня объектов КИИ комитета здравоохранения; Акты категорирования объектов КИИ.

В Уголовный кодекс РФ введена статья, предусматривающая ответственность за нарушения, связанные с КИИ: статья 274.1 УК РФ «Неправомерное воздействие на критическую информационную инфраструктуру Российской Федерации» [3]. В качестве нарушений описаны неправомерный доступ к информации, нарушение правил эксплуатации средств хранения, обработки или передачи охраняемой компьютерной информации объектов КИИ и т. д. За несоблюдение закона предусмотрены штрафы и уголовная ответственность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации» от 26.07.2017 № 187-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_220885/ (Дата обращения: 02.09.2020).
2. Федеральный закон «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации» от 26.07.2017 № 187-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] // Гарант.РУ. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71776120/> (Дата обращения: 04.09.2020).
3. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 N 63-ФЗ [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (Дата обращения: 05.09.2020).

УДК 364

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

Виктория Андреевна Лысенко

магистрант

Уфимский государственный нефтяной технический университет

научный руководитель д. э. н., профессор О. Е. Малых

В сфере социальной защиты населения фактором развития здравоохранения являются социальные гарантии, но недостаточность обеспечения государством требуемых населением благ в условиях рыночной экономики, вызвало потребность в поиске инновационных решений и развитие социального предпринимательства как способа возрастания эффективности социальных инвестиций. Социальное предпринимательство рассматривается как разновидность бизнеса, который направлен на решение задач и выполнение тех функций, которые не реализует государство из-за недостатка финансовых средств [1]. Особенностью социального предпринимательства в сфере медицины является частный и публичный характер оказания услуг, что вызывает потребность в регулировании и надзоре за процессом деятельности данной сферы. К услугам частного характера относятся лечение заболеваний, их диагностика и профилактика, то есть те, которые способны удовлетворить потребности личности. Проявление публичности выражается в процентном соотношении здорового населения на основе статистики здоровья отдельных граждан. Также при оказании услуг конкретным пациентам могут быть выявлены социально опасные заболевания, представляющие угрозу не только для конкретного лица, но и для общества в целом, что в последующем требует проведения специальных мероприятий, направленных на защиту населения и ликвидацию распространения заболеваний. Эффективность социального предпринимательства проявляется в участии организаций в обеспечении потребностей населения товарами и услугами медицинского назначения, не предоставляемыми государством, а также

в соотношении результата и затрат на лечение и реабилитацию, включая анализ стоимости проведенных процедур. Следует считать, что данное направление выполняет ресурсную функцию, нацеленную на эффективное использование в медицинской деятельности как воспроизводимые, так и имеющиеся средства. Социальное предпринимательство носит инновационный характер, что обусловлено потребностью в постоянном медико-техническом совершенствовании организаций здравоохранения [2]. Социальная эффективность такого рода поддержки населения проявляется в направленной деятельности коммерческих организаций на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан и определяется по показателям общественного здоровья и снижения заболеваемости. Соответственно, экономическая эффективность социального предпринимательства в области здравоохранения России определяется предотвращенным экономическим ущербом. Социальные организации же помогают исключить риск общей заболеваемости за счет своевременного проведения диагностических мероприятий и профилактики, что увеличивает положительную динамику.

В Российской Федерации к видам деятельности социального предпринимательства в области медицины также стали относить производство и реализацию медицинской техники, протезно-ортопедических изделий, технических средств для профилактики и реабилитации инвалидности, что оказывает значительное положительное влияние на скорость и качество реализуемых социальных услуг. Несмотря на то, что 11 июля 2019 года был принят Государственной Думой и одобрен Советом Федерации 23 июля 2019 года Федеральный закон № 245-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации» в части закрепления понятий «социальное предпринимательство» и «социальное предприятие», все же отсутствует достаточное количество законодательных актов, регулирующих все нюансы, в связи с чем возникает ряд проблем при регулировании данной деятельности.

Проблемами социального предпринимательства можно обозначить такие как доступность финансовой поддержки для предпринимателей, кадровые проблемы и низкую информационную поддержку [4].

Реализацию деятельности социального предпринимательства ограничивают также высокие налоги, экономическая нестабильность и отсутствие необходимых программ поддержки государственными органами на федеральном уровне. Для полноценного развития данного направления следует оградить социальных предпринимателей от бюрократических излишков, снизить налоги, предоставить возможность для получения квалифицированной помощи по вопросам регистрации предприятий, улучшить систему кредитования и предоставить гранты для малого и среднего бизнеса. Несмотря на несовершенства такого рода «бизнеса» в России, он развивается, появляется нормативно-правовая база регулирования деятельности, а также постепенно разрабатывается и вводится поддержка на федеральном уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малых, О. Е. Социальная безопасность как элемент долгосрочной стратегии социального развития [Текст] / О. Е. Малых, И. К. Полянская // Социально-трудовые исследования. – 2019. – № 1. – С. 134–144.
2. Социальное предпринимательство как тренд социального развития хозяйственных систем: монография [Текст] / под ред. О. Е. Малых. – Уфа: Изд-во УГНТУ, 2019. – 219 с.
3. Ахмедов, И. Г. Социальное предпринимательство в России: вызовы и пути развития [Текст] / И. Г. Ахмедов // «Молодой ученый» Международный научный журнал. – 2019. – № 37(275). – С. 79–80.

УДК 51.1

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЫ

Анна Игоревна Матурина

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

*научный руководитель к. э. н., доцент, зав. кафедрой экономики
и менеджмента С. Ю. Соболева*

В настоящее время закупка лекарственных средств осуществляется Министерством здравоохранения Волгоградской области, функции заказчика, хранения, распределения и контроля возложены ГКУ

«Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Волгоградской области» как на административно-исполнительный орган в соответствии с требованиями действующего федерального и местного законодательства; постановление от 17 июня 2011 года № 290-п Об утверждении Порядка бесплатного лекарственного обеспечения и лекарственного обеспечения с 50-процентной оплатой стоимости лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях гражданам (с изменениями на 22 октября 2018 года). Средства для закупки ЛС для отдельных категорий граждан, в том числе пациентов с заболеваниями, включенными в перечень 12 наиболее затратных нозологий, идет за счет федерального и регионального бюджетов. Согласно распоряжению от 12.10.19 г. № 2406-р утверждены :

- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год;

- перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;

- перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта – Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей, согласно приложению № 3; (в ред. Распоряжения Правительства РФ от 26.04.2020 № 1142-р);

- минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В рамках данного распоряжения и осуществляются закупки ЛС и регламентируются Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020).

Проблемной зоной в Федеральном законе № 44 при закупке лекарственных средств является описание объекта закупок в технической документации. Хотелось бы подчеркнуть, что при его составлении должно приниматься во внимание, что речь идет в последующем о жизни и здоровье нуждающейся группы населения.

Потребность в препаратах с указанными характеристиками установлена Заказчиком, исходя из ряда факторов, влияющих на здоровье человека, и определяется лечащим врачом (либо решением врачебной комиссии) с учетом утвержденных стандартов лечения, инструкцией по применению лекарственных средств, возраста, веса, сопутствующих заболеваний и тяжести состояния больного. При использовании иных форм выпуска и дозировок препаратов существует риск увеличения побочных и токсических явлений или неэффективного лечения. Это необоснованно приводит к нерациональному использованиюкупаемых лекарственных средств.

Как пример можно рассмотреть препарат «Эпозтин альфа» в дозировке 40 000 МЕ, которая активно используется и рекомендована для лечения онкологических пациентов, согласно Федеральному закону № 44. Участник аукциона вправе предложить товар в кратной меньшей дозировке (кратность – 2), то есть 20 000 МЕ / 0,5 мл возможны для поставки, но при условии отсутствия снижения общего количества (объема) закупаемого товара. Таким образом, для поставки, согласно закону, подходит дозировка эпозтина альфа 20 000 МЕ / 0,5 мл. Однако эпозтин альфа 20 000 МЕ, как и 40 000 МЕ, по данным государственного реестра лекарственных средств, зарегистрированных на территории РФ, имеют форму выпуска – шприцы. Что означает, что при поставке препарата «Эпозтин альфа» в кратной дозировке 20 000 МЕ / 0,5 мл пациенту для получения терапевтического эффекта, в случае назначения пациенту дозировки 40 000 МЕ / 1мл, последнему будет необходимо сделать 2 инъекции, что не соответствует принципам оптимизации и рациональности лечения. Согласно п. 5 пп. 4 Ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент имеет право на «облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами». При двойном подкожном/внутривенном введении использование

препарата будет приводить к большей болезненности и таким образом противоречит закону № 323-ФЗ.

Таким образом, на мой взгляд, в целях усовершенствования работы по ФЗ № 44, ее продуктивности, оптимизации, а соответственно и экономии материальных ресурсов, необходимо четкое соответствие поставляемым лекарственным препаратам, которое идентично спецификации технического задания в рамках конкретного лота. Данная мера позволиткратно удовлетворить «медицинские потребности» отдельно взятой группы пациентов в рамках назначаемых лекарственных препаратов, с одной стороны, в то же время, с другой – позволит сэкономить значимую часть финансовых средств производителям и дистрибьюторам на логистике. Считаю, данная мера будет носить компромиссный характер между сторонами и повысит маржинальность производителям и эффективность лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление от 17 июня 2011 года № 290-п «Об утверждении Порядка бесплатного лекарственного обеспечения и лекарственного обеспечения с 50-процентной оплатой стоимости лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях гражданам (с изменениями на 22 октября 2018 года) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/460003640>

2. Распоряжение правительства РФ № 2406-П ОТ 12.10.2019 Г. «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72761778/>

3. Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020)» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.zakonrf.info/izmeneniya-v-zakonodatelstve/izmenenie-doc-32672656/>

4. Инструкция по применению Эпозтин альфа [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vidal.ru/drugs/molecule/362> .

5. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx?s=%D1%8D%D0%BF%D0%BE%D1%8D%D1%82%D0%B8%D0%BD%20%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%84%D0%B0&m=mnn; https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=ae8868ae-4734-4dfe-9a72-166ced92886d&t=; https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=e82f49ae-f778-4d4a-9947-c5b23f85716d&t= .

6. Единая информационная система в сфере закупок [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://zakupki.gov.ru/epz/main/public/home.html> .

7. Каталог товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://zakupki.gov.ru/epz/ktru/medCard/commonInfo.html?extCode=1edba62c-bf5b-11e9-bd5d-bfa33ef5d336&backUrl=3bfed038-1e57-4020-9af6-9c55848ce225>
<https://zakupki.gov.ru/epz/ktru/medCard/commonInfo.html?extCode=6428f2f8-ed17-11ea-9a99-3b49c42a5fd2&backUrl=3bfed038-1e57-4020-9af6-9c55848ce225> .

8. Перечень ЖНВЛП на 2020 год) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_335659/808867ba358397e8376a85e376cb22aba898f807/ .

9. Соболева, С. Ю. Управленческий аспект проблемы использования наркотических лекарственных средств / С. Ю. Соболева, А. В. Соболев, И. А. Каминская // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2016. – № 9 (2). – С. 64–67.

УДК 323; 332.142; 338.28

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

Инна Васильевна Митрофанова

д. э. н., профессор кафедры экономической теории, мировой
и региональной экономики

Волгоградский государственный университет

В статье раскрыты некоторые итоги реализации в Волгоградской области национальных проектов по развитию здравоохранения, начиная с 2005 года. Отмечено, что по ряду показателей ситуацию улучшить удалось, например, по снижению младенческой смертности (на что повлиял рост качества оказания медицинских услуг в новых современных перинатальных центрах), а по некоторым – нет, например, по росту рождаемости. Снижения коэффициента смертности в регионе удалось достичь, однако его значение все еще выше среднего по России. Несмотря на имеющиеся положительные сдвиги в улучшении материально-технического обеспечения медицинских учреждений области, недостаток у медицинских работников необходимых компетенций снижает эффективность использования высокотехнологичного медицинского оборудования.

При реализации второго блока национальных проектов (2019–2024 гг.) основными направлениями финансирования региональных проектов в сфере здравоохранения стали: переоснащение и реконструкция медицинских организаций, повышение уровня их материальной оснащённости; повышение квалификации медицинских работников; развитие информационных взаимодействий организаций системы здравоохранения, самих граждан и медицинских работников.

Сама идея национальных проектов (НП), направленных на качественные преобразования в социоприродохозяйственных региональных комплексах, впервые была озвучена 2005 г. на расширенном заседании Правительства РФ. Реализация первого пула НП была рассчитана на период 2006–2010 гг. и включала 4 проекта: «Жильё», «Здоровье», «Образование», «Развитие АПК».

Национальный проект «Здоровье» был ориентирован на повышение доступности и качества медицинской помощи, преодоление дефицита кадровых ресурсов в системе здравоохранения, повышение оплаты труда в этой сфере. Качественные изменения в региональном здравоохранении были связаны с укреплением материально-технической базы муниципальных учреждений здравоохранения, притоком кадров, с улучшением ряда демографических показателей, в первую очередь, со снижением младенческой смертности, увеличением рождаемости, сокращением коэффициента естественной убыли населения.

Для исследования итогов реализации НП был использован метод сравнительного анализа, позволяющий увидеть альтернативность реакций региональной экономики на регулирующие воздействия со стороны государства.

Для реализации предусмотренных НП «Здоровье» мероприятий в Волгоградской области были разработаны и утверждены соответствующие региональные программы развития здравоохранения. Однако если оценивать данные Росстата, заметно изменить ситуацию в сфере здравоохранения в области не удалось. Показатель численности населения на одну больничную койку в регионах непрерывно возрастает, а общая численность населения снижается. По количеству врачей регион в настоящее время занимает 51-е место в России. Нагрузка работников сферы здравоохранения в Волгоградской области превышает средние показатели по стране, как для врачей, так и для работников среднего медицинского персонала [1].

Несмотря на имеющиеся положительные сдвиги в улучшении материально-технического обеспечения медицинских учреждений, недостаток у медицинских работников необходимых компетенций нивелировал возможности эффективного использования высокотехнологичного медицинского оборудования. Так, по данным общероссийской проверки использования диагностического оборудования, поставленного в регион в рамках НП «Здоровье», в 77 % случаев медицинская техника простаивала, причем основная причина – отсутствие специалистов-врачей, которые могли бы на ней работать [2].

Планировалось, что открытие областных перинатальных центров и центров здоровья позволит решить ряд демографических проблем в регионах. Между тем, по данным официальной статистики, показатели рождаемости в Волгоградской области устойчиво снижаются, регион находится на 68-м месте, причем коэффициент рождаемости ниже среднероссийского значения (10,9).

В то же время отмечается снижение коэффициента смертности в регионе, несмотря на то, что его значение выше среднего по России. Так, если в 2005 г. коэффициент смертности в Волгоградской области составлял 15,4–15,7, то в 2018 г. он снизился до 13,5, причем произошло это преимущественно за счет снижения данного показателя для населения трудоспособного возраста. Кроме того, заметно уменьшилась младенческая смертность, на что повлиял рост качества оказания медицинских услуг в новых современных перинатальных центрах, и если в 2005 г. этот показатель в Волгоградской области составлял 11,3, то в 2018 году – 5,1.

Региональные проекты, реализуемые в рамках НП «Здоровье», преимущественно включали медико-технологические мероприятия, тогда как накопившимся организационно-управленческим проблемам, усилению мотивации медицинских работников к решению задач, поставленных НП, задаче обеспечения финансовой доступности высококвалифицированной медицинской помощи уделялось внимание недостаточно.

Новый этап национального проектирования связан с созданием в 2016 г. Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам. В Указе Президента № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» [3] отмечено, что НП в России сегодня становятся основным инструментом

реализации государственной региональной политики. Основное отличие НП второго пула в том, что они построены вокруг центров компетенций, а бюджетные средства поступают напрямую, через субсидии и через контракты с единственным исполнителем.

Основные цели 12 НП (период реализации 2019–2024 гг.) связаны с повышением уровня и качества жизни, ускорением технологического развития за счет, в первую очередь, активного внедрения цифровых технологий [4]; с усилением конкурентоспособности национальной экономики на глобальных рынках.

Интегрированные в структуру НП региональные проекты по-разному расставляют приоритеты реализации включенных в них мероприятий с учетом наибольшей значимости существующих социально-экономических проблем, а также исходя из различий в объемах финансирования, выделяемых регионам из средств федерального бюджета. Заметна вариативность проектных решений региональной власти Волгоградской области, а общей тенденцией при этом является повышенное внимание задачам развития человеческого капитала и обеспечения комфортной среды для жизни.

В Волгоградской области приоритет отдается задачам создания комфортной среды для жизни (54 % финансирования от общей суммы бюджета НП), а вот на решение задач обеспечения экономического роста отведено всего 4 % финансирования от общей суммы бюджета [5].

Задачи развития человеческого капитала в регионе обеспечиваются реализацией 5 НП при следующем распределении бюджетов 2019–2044 гг. на финансирование 3 основных: «Демография» – 23,6 млрд руб. (34,2 %), «Здравоохранение» – 41,2 млрд руб. (59,6 %), «Образование» – 3,8 млрд руб. (5,5 %).

Усиленное внимание к решению именно данных проблем вполне оправдано. В регионе в рамках НП «Здравоохранение» реализуется 7 региональных проектов, в рамках НП «Демография» – 5, причем заметен ощутимый перевес в сторону борьбы с онкологическими заболеваниями – 82,3 % финансирования от общей суммы областного бюджета.

Задача развития детского здравоохранения в Волгоградской области по своей значимости соответствует задачам создания единого цифрового контура и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями

(4–5 %). Однако пока недостаточно внимания в регионе уделено проблеме обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами (3 млн руб. на 2019–2024 гг.), несмотря на явный дефицит медицинских работников.

В региональных проектах в рамках взаимосвязанного с НП «Здравоохранение» НП «Демография» приоритетной является задача увеличения рождаемости (более 50 % финансирования от общей суммы бюджета).

Таким образом, основные направления финансирования региональных проектов связаны с переоснащением и реконструкцией медицинских организаций, повышением уровня их материальной оснащенности; повышением квалификации медицинских работников; развитием информационных взаимодействий организаций системы здравоохранения, а также граждан и медицинских работников.

Нельзя не обратить внимания на то, что пандемия коронавируса весной 2019 г. погрузила мир в кризис, в России ВВП может упасть к концу года на 6,6 %, реальные доходы сократятся на 4 %, что ставит под угрозу планы по реализации НП. Умиравший бизнес, падение доходов и рост безработицы вынуждают пересматривать стратегию и направлять средства на поддержку экономики и граждан не в будущем, а здесь и сейчас. Власть задумались о переносе сроков реализации НП на шесть лет – с 2024 до 2030 г. [6], в правительстве и ранее признавали, что из-за COVID-19 некоторые государственные программы не будут реализованы, а свободные средства должны быть более грамотно распределены. В то же время в пандемии не видят повода для неисполнения НП вообще, наоборот, они стали более востребованными, особенно в целях сохранения жизни и здоровья граждан, повышения качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2019: Стат. сб. [Текст]. – М.: Росстат, 2019. – 1204 с.
2. Полученное по нацпроекту «Здоровье» оборудование простаивает. 23.23.2009 [Электронный ресурс] // Информационное агентство РИА Новости. – Режим доступа: <http://ria.ru/society/20091223/200957991.html> .
3. Указ Президента России от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027/page/1> .

4. Митрофанова, И. В. Цифровизация социоэкономического комплекса Южного федерального округа: первые итоги реализации национальной программы [Электронный ресурс] / И. В. Митрофанова, Е. И. Иншакова, И. А. Рябова, Н. А. Щербина // Региональная экономика. Юг России. – 2019. – Т. 7, № 4. – С. 70–87. – Режим доступа: <https://doi.org/10.15688/re.volsu.2019.4>.

5. Официальный сайт Правительства Волгоградской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.volgograd.ru/>.

6. Городищева, Е. Бесконечность – не предел. Кризис поставил под угрозу мегапроекты России. Что с ними будет? / Е. Городищева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://news.mail.ru/economics/42532205/?frommail=1>.

УДК 65.014

МОДЕЛЬ КОМПАНИИ УПРАВЛЯЕМОЙ ПОМОЩИ В РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Оксана Сергеевна Михальченко

магистрант

ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9» г. Волгоград

Модель компании управляемой помощи есть вариант модели альянса. Модель компании управляемой помощи выборочным образом используется организациями здравоохранения с середины 1980-х годов, когда местные больницы и их врачи начали сотрудничать, чтобы сформировать свои собственные продукты управляемой помощи [1].

По результатам исследования Интерстади (Портер и Хаммер, 1993), 45 организаций поддержания здоровья (ОПЗ), или 8 % всех ОПЗ, принадлежали больницам в 1992 году. Как и в модели альянса, модель компании управляемой помощи позволяет каждой спонсирующей организации поддерживать контроль над своим руководством (советом), управлением и базой активов.

Компания управляемой помощи совместно принадлежит и контролируется независимыми спонсирующими организациями. Средоточием ее деятельности является совместное предприятие, взаимовыгодное для всех участников: владение и контроль над страховым продуктом, который будет распределять пациентов среди врачей и учреждений владельца.

Очевидно, что управляемая помощь есть сердце этой модели сети. Это клей, который не дает ей рассыпаться. Другие компании управляемой помощи и страховщики здравоохранения рассматриваются как конкуренты.

У этой модели есть несколько достоинств:

1. Долгий срок, больница и врачи – владельцы компании управляемой помощи вынуждены быть «на гребне волны» расширяющегося рынка управляемой помощи.

2. Благодаря контролю совета компании управляемой помощи, больница и врачи-владельцы могут контролировать решения, определяющие политику в здравоохранении и относящиеся к покрытым услугам, проверке использования ресурсов, контролю качества и стандартам помощи. Этот подход позволяет поставщикам осуществлять контроль важных решений относительно помощи пациентам, которые в противном случае принимаются внешними специалистами. (Это может также оказаться недостатком, потому что часто поставщики с неохотой относятся к переменам собственных практических алгоритмов. Без обязательства со стороны владельцев и поставщиков честно управлять помощью, компания управляемой помощи потерпит неудачу [2]).

3. Если компания управляемой помощи хорошо работает, то прибыль в конечном итоге может достаться владельцам.

Существует несколько недостатков в модели компании управляемой помощи. Они могут всплыть при одном из двух сценариев. Во-первых, если продукты управляемой помощи не могут удовлетворить нужды рынка или предлагаются на сложившемся рынке, то предприятие может понести значительные (часто неожиданные) оперативные убытки. Первый случай был в 80-х при повышенном распространении управляемой помощи на большинстве рынков; последний случай – нынешний. Осталось немного рынков, которые по-прежнему обеспечивают возможности для успешной работы новых компаний управляемой помощи, принадлежащих поставщикам.

Несмотря на разногласия, новая или существующая компания управляемой помощи может добиться успеха и действовать на обычном или высоком уровне. Проблемы, связанные с исходными ожиданиями владельцев сети, часто сопровождают этот успех. Часто владельцы

рассматривают компанию управляемой помощи как своего пленника и ожидают, что эта компания будет вести с ними переговоры на условиях более благоприятных, чем те, которые предлагают внешние компании.

Добившись однажды успеха, владельцы могут к своему неудовольствию обнаружить, что их собственная компания управляемой помощи диктует им условия, вместо того чтобы безоговорочно подчиняться. Это то, что должно было произойти: чтобы добиться успеха на рынке, компания управляемой помощи должна предлагать конкурентоспособный продукт. Это в свою очередь означает вести переговоры с владельцами относительно самого высокого качества и наиболее выгодной в финансовом отношении помощи, доступной в данном районе [3].

Ключевыми факторами успеха для поставщиков услуг, заинтересованных в приобретении модели компании управляемой помощи, являются образование компании управляемой помощи как средства изменения медицинской практики в рамках сети, возложение на директора обязанностей и предоставление достаточной власти для внедрения эффективных механизмов проверки использования ресурсов, раннего определения величины капитала, необходимого для внедрения этой стратегии, создания совместного предприятия со страховой компанией, имеющей опыт в управляемой медицине, и привлечение к работе в предприятии профессионалов, имеющих большой опыт работы в ОПЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Введенская, И. И. Методика расчета и анализ основных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений (организаций) [Текст] / И. И. Введенская, Л. Ф. Кобзева. – Н. Новгород: НГМА, 2017. – С. 177.
2. Вялков, А. И. Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения [Текст] / А. И. Вялков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 52.
3. Вялков, А. И. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов [Текст] / А. И. Вялков. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2019. – С. 164.

УДК 332.025

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Елена Николаевна Парфенова

к. э. н., доцент кафедры менеджмента и маркетинга

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Сегодня в Российской Федерации сокращается количество численности населения из-за существенного превышения смертности над рождаемостью. Одной из весомых причин в этом удручающим факте является низкое качество медицинских услуг, которое приводит к высокой смертности россиян от болезней. В текущих условиях в период развития российских рыночных отношений и реорганизацией сектора здравоохранения с государственным сектором происходит увеличение объема платных медицинских услуг. Однако, несмотря на это, частный сектор в здравоохранении все же не стал полной альтернативой государственному. Развитие рынка и появления новых форм и моделей в системном управлении органами государственной власти в развитии системы здравоохранения, вопрос взаимодействия государственного и негосударственного секторов здравоохранения становится крайне важным. Одним из таких способов взаимодействия является государственно-частное партнерство. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в сотрудничестве с правительством и частным сектором в 24 субъектах РФ было запущено 124 проекта в форме государственно-частного партнерства. Это дало возможность привлечь инвестиций в систему здравоохранения на сумму 131 млрд руб. [1].

Одним из таких регионов стала Белгородская область. На территории области принята государственная программа Белгородской области «Развитие здравоохранения Белгородской области», в которой определены приоритетные проекты с использованием механизмов государственно-частного и муниципально-частного партнерства на территории и запланированы денежные средства из различных источников финансирования в размере 314,3 млрд руб., в том числе привлечь 0,94 млрд руб. инвестиций [2]. На сегодняшний день в результате реализации инфраструктурных проектов в области уже

появились современные лечебно-оздоровительные центры, врачебные кабинеты и семейные медицинские центры, а также многопрофильный медицинский центр «Гармония здоровья», общий объем инвестиций в который составил 300 млн рублей.

Однако на пути развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения существуют препятствия, которые сводятся к следующему:

1. Несовершенство действующего законодательства.
2. Высокие риски возврата инвестиций.
3. Длительный срок окупаемости инвестиций.
4. Несоответствие тарифов ОМС реальным затратам на оказание медицинских услуг.
5. Неготовность бизнес-партнера брать на себя ответственность за валютные риски при реализации проектов в сфере государственно-частного партнерства.
6. Невозможность точно определить потенциальный поток коммерчески привлекательных пациентов и т. д. [3].

Ликвидировать препятствия на пути внедрения формы взаимодействия государственно-частного партнерства в секторе здравоохранения возможно, используя следующие меры:

1. Совершенствование федеральных законов Российской Федерации в области государственно-частного сотрудничества. Во-первых, установить четкие принципы взаимодействия государственных и коммерческих структур для реализации проектов, а во-вторых, приведение их к одному и тому же стандарту с целью устранения между ними противоречий.
2. Внедрение широкого спектра процедур, в том числе и оценки рисков реализации при подготовке проектов государственно-частного сотрудничества (экономические, политические, технологические, социальные и другие риски).
3. При реализации проектов необходимо прогнозировать рентабельность показателей инвестиций. Таким образом, бизнес-партнеры в оперативном режиме смогут сразу же корректировать процессы достижения заданных целевых показателей.
4. Установить временной интервал от 10 до 50 процентов для условий реализации проекта и периода одобрения и реализации проекта. Благодаря временному интервалу, компания сможет распределять свои ресурсы наиболее подходящим образом, спрогнозировать

этапы реализации проекта, установить запас времени для решения форс-мажорных ситуаций, которые смогут возникнуть при реализации проектов сотрудничества между органами государственной власти и частным сектором.

5. Установить дополнительный инвестиционный коэффициент к тарифу ОМС, чтобы связать дополнительные налоги и инвестиции для проектов государственно-частного партнерства.

Таким образом, тщательная разработка мероприятий в подготовке и реализации проекта в рамках государственно-частного сотрудничества имеет значение для развития медицины в РФ. Это будет способствовать улучшению доступа к медицинской помощи и качеству, как в регионе, так и по всей стране в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/> (Дата обращения: 12.05.2020).
2. Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://belzdrav.ru/> (Дата обращения: 15.05.2020).
3. Черная, М. А. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения [Текст] / М. А. Черная, А. А. Кушниренко // Аллея науки. – 2018. – № 11 (27). – С. 88–91.

УДК 65.01

АНАЛИЗ ПЯТИ КОНКУРЕНТНЫХ СИЛ ГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Андрей Сергеевич Печерский

магистрант

ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи», г. Волгоград

*научный руководитель к. э. н., доцент кафедры экономики
и менеджмента С. А. Князев*

В работе рассмотрены результаты анализа стратегического положения ГБУЗ КССМП с использованием модели пяти конкурентных сил Майкла Портера [1].

1. Угроза внутриотраслевой конкуренции.
 - 1.1. Небольшое количество игроков на рынке. Позволяет утверждать о низком уровне конкуренции.
 - 1.2. Рынок медицинских услуг Волгоградской области снижается или находится в состоянии стагнации.
 - 1.3. Продукция на данном рынке стандартизирована и не имеет дифференциации.
 - 1.4. Ценовая политика на медицинские услуги регулируется государством.
2. Угроза со стороны товаров-заменителей. Услуг или товаров-заменителей на рынке не существует.
3. Угроза со стороны новых игроков.
 - 3.1. Экономия на масштабе присутствует только у нашего предприятия на данном рынке.
 - 3.2. Марка ГБУЗ КССМП узнаваема, известна на рынке. Организация – одна из самых крупных в регионе. Все остальные предприятия являются меньшими по размеру.
 - 3.3. Уровень дифференциации услуг высокий, их разнообразие большое. Существуют небольшие ниши для производителей.
 - 3.4. Высокий уровень начальных инвестиций для входа в отрасль.
 - 3.5. Доступ к каналам распределения фактически закрыт для конкурентов. Потребители хорошо знают единые номера экстренных служб и единой диспетчерской службы, которые работают на ГБУЗ КССМП.
 - 3.6. Политика правительства направлена на жесткий регламент ценовой политики, лицензионного контроля, правил оказания медицинских услуг.
 - 3.7. Снижение цен в сложившихся обстоятельствах невозможно.
 - 3.8. Темпов роста рынка не наблюдается, скорее состояние стагнации или падения. Данные описаны в строке выше.
4. Угроза потери клиентов
 - 4.1. Получение услуги распределено между потребителями равномерно.
 - 4.2. Переключение на услуги субституты невозможно из-за уникальности.

- 4.3. ГБУЗ КССМП производит услуги в большинстве в рамках медицинского страхования. Потребитель получает помощь, не задумываясь о ее стоимости.
- 4.4. Неудовлетворенность медицинскими услугами в здравоохранении существует, но это касается в большинстве случаев второстепенных характеристик медицинской помощи.
5. Угроза нестабильности поставщиков.
 - 5.1. Поставка необходимой продукции производится на основании ФЗ № 44 и ФЗ 223 на специальных электронных площадках. Поставщиков достаточное количество.
 - 5.2. Ограниченность ресурсов поставщиков возникает в редких случаях при особых обстоятельствах.
 - 5.3. Издержки переключения присутствуют в единичных случаях по сложной медицинской аппаратуре и не являются проблемой для предприятия.
 - 5.4. Для большинства поставщиков предприятие является приоритетным для продажи из-за высокой дифференциации товара.

Проведенный анализ характеризует региональный рынок оказания скорой медицинской помощи как стагнирующий и высоким потенциалом обострения конкуренции между игроками. Предприятие является самым крупным игроком на рынке, что позволяет использовать максимально возможно лидерство по издержкам и эффект масштаба его усиливает. Конкурентные предприятия в регионе являются маленькими и занимают свои ниши. Мы можем предположить с высокой долей вероятности, что вероятность появления новых сильных игроков на данном рынке в ближайшие три года маловероятная из-за высоких барьеров входа.

Угроза со стороны поставщиков на данном рынке снижена до минимума. Это связано с тем, что контроль со стороны государства в системе закупок позволяет проводить сделки максимально прозрачно. Количество участников торгов является неограниченным. Существует приоритет на приобретение товара отечественного производителя. Снижены риски по барьеру переключения между поставщиками. Количество товара у поставщиков в большинстве случаев достаточно.

Сложность процесса оказания скорой медицинской помощи не позволяет появиться на данном рынке услугам-субститутам.

Власть потребителей в сфере услуг здравоохранения оценивается как минимальная. Пациенты в большинстве случаев не имеют информации о себестоимости услуги, не понимают критериев качества оказанной помощи и не имеют поддержки со стороны страховых организаций, которые не несут ответственности за итог оказания медицинской помощи.

Дальнейшее развитие здравоохранения и в целом отрасли необходимо анализировать с интервалом от 3 до 5 лет. Это позволит не только оценить достигнутые результаты, но и своевременно определить возможности и риски, возникающие в наше динамично развивающееся время.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Портер, М. Конкурентная стратегия: Методика анализа отраслей и конкурентов [Текст] / М. Портер. – М.: Альпина БизнесБукс, 2005. – 454 с.

УДК 338.465.4

УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ В СОВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Саргис Арменакович Саргсян

магистрант

Рафаэль Зейналлы Риза-оглы

студент

Волгоградский государственный медицинский университет

*научный руководитель к. э. н., доцент кафедры экономики
и менеджмента Е. Н. Кукина*

В настоящее время успешная работа с кадровым потенциалом медицинской организации обосновывается необходимостью грамотного управления данным потенциалом, поскольку он является одним из важнейших стратегических факторов деятельности организации.

Кадровый потенциал – это возможности определенной категории рабочих, специалистов, других групп работников, деятельность которых может быть приведена в действие в процессе трудовой деятельности в соответствии с должностными обязанностями и поставленными перед коллективом целями на определенном этапе развития.

Само понятие «управление кадровым потенциалом» включает в себя совокупность взаимодополняющих функциональных подсистем, осуществляющих согласованную деятельность, целью которой является полное и своевременное обеспечение развития и использования потенциала каждого работника.

Эффективную работу любой организации невозможно представить без создания уникальной системы управления кадровым потенциалом, ее изменениями во времени, научным обоснованием методов управления кадрами, без учета всех факторов, влияющих на ее деятельность. Проблема управления кадровым потенциалом должна рассматриваться через междисциплинарную призму. Только при таком подходе возможна полноценная разработка актуальных систем управления [1].

Руководство медицинской организации должно обращать внимание на систему управления, то есть развивать современные технологии управления кадровым потенциалом. При этом невозможно достичь хороших результатов в деятельности организации, увеличения прибыли, а также повышения конкурентоспособности без определения полноты использования трудовых и финансовых ресурсов организации. Невозможно оспаривать факт, что главной производительной силой любой организации является человек с его функциональными способностями, а также весь коллектив в целом с его кадровым потенциалом [2].

Человек – ресурс, с помощью которого достигаются целевые показатели деятельности организации, потому что каждый отдельный представитель коллектива является обладателем уникальных знаний и технологий, необходимых для реализации стратегических целей организации.

Существующая система управления во многих медицинских организациях устарела и диктует необходимость разработки новой, более современной и гибкой стратегии управления кадровым потенциалом, и даже радикальных изменений.

Таким образом, управление кадровым потенциалом – это многогранный и исключительно сложный процесс, со своими уникальными характеристиками и закономерностями, включающий в себя целенаправленную политику руководства организации, направленную на разработку концепции, стратегии и методов управления.

Важно отметить, что применение устаревших методов управления приводит к снижению мотивации коллектива и, как следствие, уменьшению производительности труда, что, в конечном итоге, сказывается на эффективной деятельности всей организации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берглезова Т. В. Проблемы управления процессами формирования и использования кадрового потенциала предприятия [Текст] / Т. В. Берглезова // Кадровый менеджмент. – 2010. – № 2. – С. 26–31.
2. Бухалков М. И. Управление персоналом [Текст]: учебник / М. И. Бухалков – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2008. – 368 с.

УДК 614.2

РАЗВИТИЕ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ирина Валерьевна Свиридова

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

*научный руководитель д. э. н., профессор **Н. Н. Косинова***

По итогам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года утвержден паспорт национального проекта «Здравоохранение». Паспорт включает в себя восемь федеральных проектов и, в частности, предусматривает развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи, обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами, развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение

инновационных медицинских технологий, создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ). Срок реализации нацпроекта: с января 2019 года по 2024 год (включительно) [1].

В рамках проекта РФ «Здравоохранение» планируется завершить формирование сети национальных медицинских исследовательских центров. К 2024 году она должна насчитывать не менее 27 центров. Во всех регионах образовать сеть центров амбулаторной онкологической помощи, обеспечивающих своевременность и комфортность прохождения диагностических процедур. Развить профилактическое направление в педиатрии. Обучить не менее 10 тысяч врачей-специалистов по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Анестезиология и реаниматология» (в 2019–2024 годах). Повсеместно внедрить процедуру аккредитации медицинских специалистов (к 2024 году). Обеспечить гражданам в личном кабинете «Мое здоровье» на едином портале госуслуг доступ к записи на прием к врачу, получению сведений об оказанных медуслугах и электронным медицинским документам (к концу 2024 года) [1].

Постановлением Администрации Волгоградской области от 22.04.2019 № 198-п внесены поправки в постановление Правительства Волгоградской области от 25 ноября 2013 г. N 666-п «Об утверждении государственной программы Волгоградской области «Развитие здравоохранения в Волгоградской области», в части утверждения второго этапа в период с 2019 по 2024 годы [2]. Положения данного документа дополняют и уточняют механизмы достижения целей и задач, поставленных в национальном проекте «Здравоохранение», детализируют пути их реализации на местном, региональном уровне.

Комитетом здравоохранения Волгоградской области ведется активная работа по реализации утвержденной программы, целью которой является улучшение состояния здоровья населения Волгоградской области на основе повышения качества и доступности оказания медицинской помощи.

Огромное значение имеет развитие инфраструктуры сферы здравоохранения региона. На втором этапе реализации программы будут построены либо реконструированы медицинские объекты: лечебно-консультационный центр по борьбе с туберкулезом, инфекционная больница, родильный дом ГУЗ «ГКБСМП № 25», многопрофильное отделение третьего этапа реабилитации ГУЗ «КБСМП № 7»,

ГУЗ «ДП № 31», ГУЗ «ВОДКБ», поликлиническое отделение Урюпинского филиала ГБУЗ «ВОКОД», врачебная амбулатория в с. Цаца Светлоярского района, ГКУЗ «Волгоградский областной специализированный дом ребенка с органическим поражением центральной нервной системы с нарушениями психики», поликлиника с. Лог Иловлинского района и др. В 2019 г. построено и введено в эксплуатацию 19 ФАП. В 2020 году предусмотрено создание 31 нового фельдшерско-акушерского пункта в разных районах области. Все отстроенные и реконструированные учреждения участвуют в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Отдельно нужно отметить, что 52 медицинские организации региона, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям, реконструированы, а также дооснащены (закуплено 315 единиц дорогостоящего оборудования), согласно приказу МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» [3].

В рамках реализации мероприятий по развитию материально-технической базы в медицинские организации регионом до 2020 года закуплено около 800 единиц дорогостоящего лечебно-диагностического и вспомогательного оборудования, в том числе санитарный транспорт и автомобили скорой медицинской помощи (более 100 единиц). В текущем году заключены государственные контракты на поставку 13 передвижных медицинских комплексов для оказания медицинской помощи в отдаленных районах области.

Продолжается развитие службы санитарной авиации: запланировано увеличение количество совершенных вылетов до 310 единиц, взамен 250 единиц на текущий момент. Предусмотрено расширение количества посадочных площадок, путем ввода в эксплуатацию трех площадок для санитарной авиации до конца 2024 года. Это способствует лучшему обеспечению доступности медицинской помощи.

В рамках реализации регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» ремонту и оснащению подлежат 22 медицинских учреждения, в составе которых функционируют сердечно-сосудистые подразделения различного уровня.

Создание сети центров амбулаторной онкологической помощи на территории Волгоградской области обеспечивает федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Регионом предусмотрено

до 2024 г. открытие 13 таких центров: в 2019 году организовано 5, в 2020 г. – 4, в 2021 г. – 4. Проводится активная работа по оснащению онкологической службы.

Все эти проекты являются частями единого целого, неразрывно связаны между собой: безусловно, чтобы реализовать смысловой проект «Борьба с сосудистыми заболеваниями», нужно, чтобы эффективно работало первичное звено, все виды профилактики, предотвращающие сосудистую патологию, чтобы были кадры и чтобы они были хорошо подготовлены, чтобы работала телемедицина, в том числе и по скорой помощи, и по санавиации, и связь с региональными центрами, и внутри сети и т. д. Результат может быть достигнут, когда работают все компоненты системы.

Нацпроект фактически должен решить огромное количество организационных проблем: формирование стационарной инфраструктуры, выездные формы медпомощи, которые протезируют отсутствие стационарной инфраструктуры, создание цифрового контура, чтобы управлять любыми ресурсами – человеческими, материальными, финансовыми и т. д. Множество этих не разрозненных, а взаимопроницающих проектов фактически доформируют огромную национальную систему российского здравоохранения. Собственно, все люди страны составляют эту систему. Это – система сохранения и развития нашего народа [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Паспорт Национального проекта «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.roszdravnadzor.ru> .
2. Постановление Правительства Волгоградской области от 25 ноября 2013 г. № 666-п «Об утверждении государственной программы Волгоградской области "Развитие здравоохранения в Волгоградской области" (с изменениями на 07 апреля 2020 года)» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru> .
3. Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/>
4. Интервью Вероники Скворцовой portalу «Будущее России. Национальные проекты» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://futuresrussia.gov.ru/nacionalnyeproekty/592677?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop .

УДК 005.21

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ КАК ЧАСТЬ СИСТЕМЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Евгений Викторович Слащев

магистрант

Волгоградский государственный технический университет

*научный руководитель д. э. н., профессор **О. С. Пескова***

Целью данной статьи является разработка методики оценки эффективности управления персоналом как части системы стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения. К основным результатам можно отнести переход от общих качественных (лингвистических) характеристик при оценке данного вида управления к количественным, облегчение непосредственного процесса оценки и высокую точность результатов. Кроме того, разработанная методика позволяет повысить эффективность стратегического управления предприятием путем анализа полученных результатов и разработки специальных мероприятий, направленных на повышение значения данного показателя. Разработанная система показателей была апробирована на региональном предприятии и показала свою эффективность.

Персонал является одной из важнейших составляющих деятельности любого предприятия, в том числе, в сфере здравоохранения, так как без него невозможно функционирование никакой организации. В силу этого эффективное управление персоналом является одной из важнейших составляющих не только механизма управления предприятием, но и эффективности функционирования всей сферы здравоохранения в целом.

Методика оценки эффективности управления персоналом предприятия в сфере здравоохранения включает в себя несколько этапов. На первом этапе оценки проводится сбор количественной информации. Второй этап характеризуется сбором качественной информации. На третьем этапе оценки происходит обработка полученных данных и их последующее занесение в ПК. На заключительном этапе происходит интерпретация количественных и качественных оценок, служащих основой для разработки рекомендаций по повышению эффективности

управления персоналом. Все элементы данного комплекса оценки необходимо считать одинаковыми по своему весу, так как, с позиции квалиметрии, свойства одного уровня в иерархической структуре оценки исследуемого в работе объекта, равноценны. Для экспертной оценки каждого отдельного свойства синтезированного дерева исследуемого объекта используется шкала качественной характеристики оценки свойств Харрингтона и формула средней арифметической.

Для подробного рассмотрения показателя эффективности управления персоналом предприятия в сфере здравоохранения – S , необходимо провести декомпозицию входящих в его состав показателей, а именно:

- S_1 – показатель обеспечения соответствия структуры кадров потребностям организационной системы;
- S_2 – показатель формирования устойчивой заинтересованности персонала в результатах функционирования организационной системы;
- S_3 – показатели скорости документооборота и делопроизводства на предприятии;
- S_4 – показатели сплоченности коллектива.

Для дальнейшей оценки эффективности управления персоналом предприятия вышеназванные показатели необходимо более глубоко проанализировать и соответствующую «ветвь» «дерева» доработать согласно результатам такого рода анализа. На рис. отображено «дерево» показателей эффективности управления персоналом. Представим результат декомпозиции – S на рисунке.

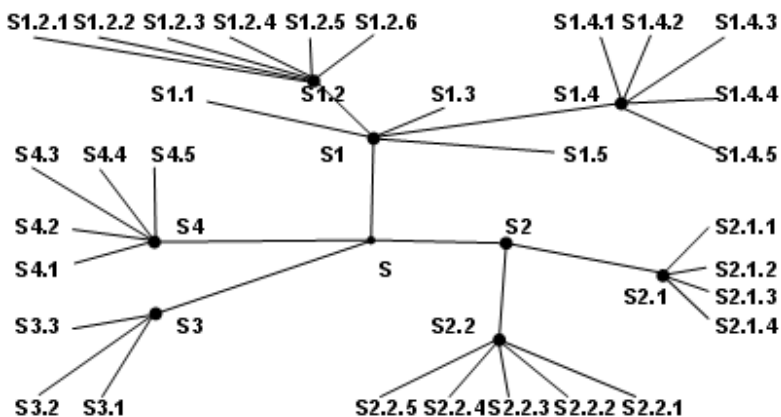


Рис. Декомпозиция показателей управления персоналом предприятия

Как видно из рис., после проведения декомпозиции, показатель S подразделяется по соответствующей «ветви» исходного «дерева» на ряд показателей S1 – S4.

Таким образом, образуется система из нескольких уровней показателей, поочередный расчет значений которых, выполненный по средней арифметической, и даст оценку показателя управления персоналом на анализируемом предприятии.

Найдем значения показателя управления персоналом для предприятия ГБУЗ «ВОЦМП». Табл. отражает значение рассматриваемой категории за 3 квартала 2020 года.

Оценка эффективности управления персоналом на примере ГБУЗ «ВОЦМП»

Код показателя			I кв. 2020 г.		II кв. 2020 г.		III кв. 2020 г.								
S	S1	S1.1	0,84	0,78	0,78	0,86	0,80	0,80	0,88	0,82	0,82				
		S1.2.1		0,85	0,91		0,82	0,90							
		S1.2.2		0,80	0,85		0,90	0,90							
		S1.2.3		0,87	0,77		0,90	0,90		0,92	0,85	0,92	0,90		
		S1.2.4			1,00			1,00			1,00				
		S1.2.5			0,91			0,90			0,92				
		S1.2.6			0,90			0,82			0,92				
		S1.3			0,72			0,72			0,75		0,75	0,80	0,80
		S1.4.1		0,82	0,78		0,86	0,83		0,87	0,80	0,87	0,80		
		S1.4.2			0,75			0,88			0,90				
		S1.4.3			0,88			0,85			0,87				
		S1.4.4			0,90			0,95			0,87				
		S1.4.5			0,81			0,80			0,94				
		S1.5		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00				
		S2		S2.1	0,83		0,81	0,80		0,84	0,83	0,77	0,85	0,85	0,84
	S2.1.2		0,82			0,85		0,86							
	S2.1.3		0,82			0,84		0,80							
	S2.1.4		0,80			0,86		0,88							
	S2.2.1		0,87			0,95		0,88	0,90			0,90			0,97
	S2.2.2			0,91		1,00			0,96						
	S2.2.3			0,94		0,90			0,90						0,92
	S2.2.4					0,92			0,88						0,90
	S2.2.5					1,00			1,00						1,00
	S3		S3.1	0,90		0,93		0,93	0,91			0,93			0,93
		S3.2	0,87		0,87	0,90	0,90	0,93		0,93					
S3.3		0,90	0,90		0,90	0,90	0,86	0,86							
S4	S4.1	0,70	0,00	0,00	0,70	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00					
	S4.2		0,82	0,82		0,80	0,80		0,83	0,83					
	S4.3		0,79	0,79		0,79	0,79		0,82	0,82					
	S4.4		1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00					
	S4.5		0,90	0,90		0,93	0,93		0,95	0,95					

Таким образом, комплексная оценка уровня управления персоналом в ГБУЗ «ВОЦМП», в среднем, за 3 квартала 2020 года, равна 0,84, что, согласно качественной характеристики оценки свойств Харрингтона, является «превосходным и приемлемым уровнем, превосходящим оптимальный коммерческий уровень» (от 0,8 до 1).

Исходя из проведенного анализа, можно сделать вывод о том, что рассматриваемому предприятию необходимо продолжать повышать эффективность управления персоналом за счет тех показателей, значения которых имеют меньшее, по сравнению со средним значением показателя эффективности управления, значение. Самый яркий пример это группа показателей S4 (показатели сплоченности коллектива) – их значения существенно ниже иных показателей проведенной оценки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Слащев, Е. В. Оценка эффективности стратегического управления предприятием в сфере здравоохранения [Текст] / Е. В. Слащев // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» (г. Волгоград, 14–15 ноября 2019 г.) / Мин-во здравоохранения РФ, Волгоградский гос. медицинский ун-т, Научное общество молодых ученых и студентов, Ассоциация клинических фармакологов. – Волгоград, 2019. – С. 100–104.
2. Слащев, Е. В. Development of method of evaluation of the effectiveness of strategic enterprise management and recommendations for increasing its indicator [Текст] / Е. В. Слащев, Г. С. Мерзликина // Applied Sciences and technologies in the United States and Europe: common challenges and scientific findings : papers of the 1st International Scientific Conference, June 29, 2013 / Cibunet Publishing [et al.]. – N. Y., 2013. – Vol. 2. – P. 117–119.
3. Слащев, Е. В. Разработка системы оценки эффективности управления персоналом предприятия, компании, бизнеса в условиях кризиса [Текст] / Е. В. Слащев, Г. С. Мерзликина // Стратегия и тактика управления предприятием в переходной экономике. Вып. 20: сб. матер. X ежегод. откр. конкурса науч.-иссл. работ студ. и мол. ученых в обл. экон. и упр. «Зеленый росток». ВолгГТУ. – Волгоград, 2010. – С. 312–316.

УДК 614.2

ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ И ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕШЕНИЯ

Анастасия Александровна Суворова

магистрант

Игорь Михайлович Кублин

д. э. н., профессор

*Социально-экономический институт Саратовского государственного
технического университета им. Ю. А. Гагарина*

Отечественный рынок медицинской и реабилитационной техники сильно зависит от зарубежного рынка медицинского оборудования, так как основная часть приборов поставляется по контрактам из-за границы. В настоящее время потенциал рыночных возможностей отечественной медицинской промышленности замещается импортными изделиями, что является совершенно нетерпимым ни с позиции обеспечения национальной безопасности, ни с экономической точки зрения, так как российский рынок медицинского оборудования и медицинской техники представляет собой одним из наиболее динамичных и быстрорастущих мировых рынков [1]. По оценкам экспертов объем рынка медицинской техники к 2022 году вырастет в три раза, составив более 300 млрд рублей.

Отметим, что динамика развития медицинской производственной базы не параллельна нарастанию кризисных явлений (например, связанных с COVID-19), а имеет скачкообразный характер. В то же время российскую медицинскую промышленность отличает низкая степень консолидации производственных структур и отсутствие крупных компаний, которые обладали бы достаточными производственными мощностями и собственными финансовыми ресурсами для динамичного поступательного развития, а также вывода больших объемов продукции на различные сегменты внутренних и внешних рынков[4].

Проведенное обследование показало, что медико-технический сектор занимает примерно 10 % в общем объеме производства

отечественной медицинской промышленности [3]. При этом емкость внутреннего рынка медицинских изделий начала XXI века составляет свыше 30 млрд рублей (в США аналогичный показатель равен более 75 млрд долларов). К тому же доля рынка медицинского оборудования в структуре российского медико-технического рынка составляет всего 12–15 %.

В отрасли медицинского оборудования присутствует отличительная черта, которая демонстрирует, что в России более 90 % закупок осуществляется за счет средств из государственного бюджета. К тому же продажа зарубежной медицинской техники производится в большинстве случаев не компаниями, которые являются производителями данной продукции, а их российскими представителями. Это приводит к завышению цен на величину от 20 до 100 % от рыночной стоимости продукции и снижению покупательной способности рынка потребителей: государственных и негосударственных медицинских учреждений, а также физических лиц [6]. Появляется своего рода несоответствие между реальными потребностями системы здравоохранения и уровнем ее финансирования.

Наличие системы гармонизации, контроля и международных стандартов приводит к упрощению и стимулированию торговли в данной сфере деятельности [5]. В настоящее время существует большое количество международных компаний, организаций и ассоциаций, которые также осуществляют контроль рынка медицинского оборудования: Всемирная организация здравоохранения; Глобальный медико-технологический альянс; Глобальная целевая группа по гармонизации медицинского оборудования. Из крупных международных экономических агентов, занимающихся, в частности, вопросами регулирования рынка медицинского оборудования, можно выделить Всемирный банк и Всемирную торговую организацию (ВТО), которая занимается вопросами, связанными с установлением таможенных тарифов и правил торговли товарами, интеллектуальной собственностью и услугами. В этой связи для стран, которые находятся на этапе активных рыночных реформ, включая Россию, во многом стоит опираться на международный опыт для эффективного развития собственных конкурентных отраслей.

Проведенные исследования показали, что за последнее десятилетие в здравоохранении были осуществлены масштабные инвестиционные

вложения, однако средства осваивались, главным образом, на закупке медицинской техники, а не направлялись в развитие медицинской промышленности.

На рис. 1 представлено соотношение импортных и российских изделий на рынке медицинских изделий в РФ.

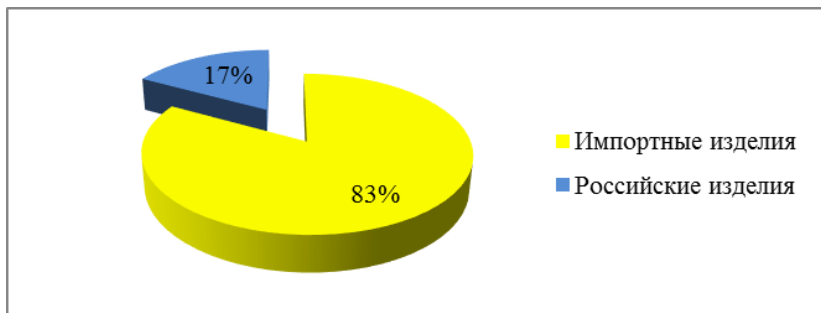


Рис. 1. Рынок медицинских изделий в РФ

Медицинское оборудование включает в себя множество разнообразных изделий и предметов медицинского назначения. Международная номенклатура медицинских изделий (GMDN) определяет порядка 12 категорий медицинской техники, состоящей более чем из 10000 групп и 500000 наименований устройств.

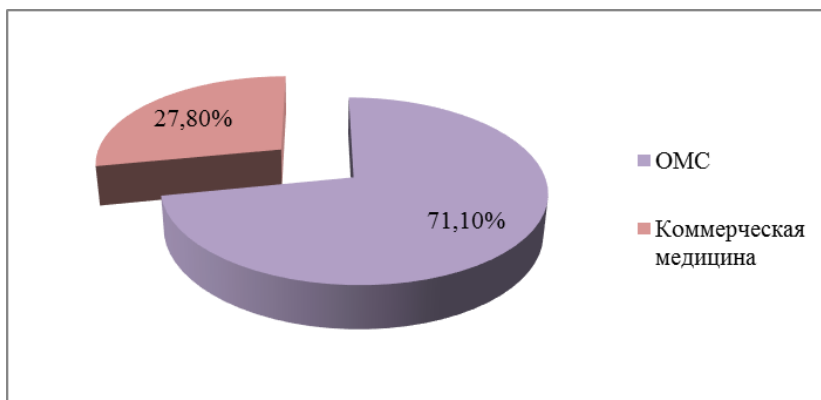


Рис. 2. Финансирование медицинской помощи на различных уровнях

Например, за 2018 год в России было проведено 279 млн лабораторных исследований. По оценкам маркетингового агентства BusinesStat 71,1 % диагностических процедур были оплачены средствами фонда Обязательного медицинского страхования (ОМС), 27,8 % – проведено на коммерческой основе. На рис. 2 можно увидеть данное соотношение.

За последние четыре года объем российского рынка услуг лабораторной диагностики в натуральном выражении вырос на 2,9 %. При этом доля исследований, проводимых за счет средств системы ОМС, ежегодно изменяется в пользу платных услуг.

По прогнозам аналитиков BusinesStat, до 2023 года общий объем проводимых исследований будет увеличиваться на 1,7 % в год за счет экспансии частных лабораторных сетей. При этом рост рынка будет происходить главным образом за счет коммерческого сектора. Это происходит, как отмечают аналитики BusinesStat, по нескольким причинам:

- крупные частные лаборатории продолжают наращивать свои франчайзинговые сети в регионах страны;
- с 2018 года в России заработали телемедицинские сервисы, которые начали активно сотрудничать с лидерами лабораторного рынка.

Основными потребителями лабораторно-диагностического оборудования являются частные диагностические лаборатории, лечебно-профилактические структуры, государственные и муниципальные медицинские учреждения (госпитали, больницы, поликлиники и т. д.). Большая часть закупок осуществляется именно государственными учреждениями, и она составляет 88 % от общего количества медицинских организаций в России. Однако частные диагностические лаборатории также являются неотъемлемой частью данного сегмента рынка и занимают 22 % от общего количества.

В связи с тем, что рынок медицинского оборудования в основном состоит из зарубежного оборудования, в настоящее время вопрос импортозамещения поставлен на государственном уровне. В рамках государственной политики импортозамещения выпущено постановление правительства № 102 от 05.02.2015 «Об установлении ограничения допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд». К тому же если на участие в электронном аукционе на отдельный вид медицинских

изделий, включенных в перечень, подано не менее 2 заявок, где страной происхождения товара является Россия, заявки остальных участников, предлагающих товар иностранного происхождения, отклоняются. Подтверждением страны происхождения медицинских изделий, включенных в перечень, является сертификат о происхождении товара (СТ-1).

Это говорит о том, что необходимо направлять усилия на минимизацию влияния этих факторов, например, открытие собственного производства медицинского оборудования на территории РФ. В этом случае медицинские компании будут экономить значительные средства и время, затрачиваемые на доставку медицинских товаров и препаратов и их растаможивание.

Если рассматривать область гематологии, то можно назвать три отечественные компании производителя (ООО Реамед, ООО Интермедика и АО Диакон-ДС), которые смогли организовать производство лекарственных препаратов и медицинской техники в России.

При разработке рекомендаций для совершенствования маркетинговой стратегии компании необходимо проводить мониторинг рыночных возможностей, отраслевой анализ, знать прогноз тенденций развития рынка, его емкость, а также основных потребителей и др.

Сегодня российскую медицинскую промышленность отличает низкая степень консолидации и отсутствие крупных компаний, которые могли бы выйти на внешние рынки.

В современном государстве отрасль здравоохранения в целом и медицинской техники, в частности, является одним из приоритетных направлений развития [2]. В то время как страны Запада добиваются значительных успехов в сфере лечебной и профилактической помощи, обеспечивая широкий доступ населения к передовым медицинским технологиям, российский рынок медицинского оборудования и услуг на данный момент еще недостаточно развит, но является достаточно перспективным.

В такой сложной отрасли экономики, как производство медицинского оборудования и реагентов, для получения конкурентного преимущества требуются постоянные улучшения и нововведения, а именно поиск новаторских, оптимальных способов конкурентной борьбы, внедрение и применение способов цифровизации, что снизит

производственные и транзакционные издержки, повысит качество медицинского оборудования и применяемых технологий, методов производства и увеличит эффективность и устойчивость производства медицинской продукции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аракелова, И. В. Актуальные вопросы формирования потребительской экономики России [Текст] / И. В. Аракелова // Научное обозрение. – 2014. – № 6. – С. 125–131.
2. Балабай, С. В. Ноосфера концепция образования [Текст] / С. В. Балабай // Наука и общество. – 2019. – № 2(34). – С. 110–114.
3. Бурмистрова, И. К. Рынок B2B – современные формы сотрудничества и развития [Текст] / И. К. Бурмистрова, И. М. Кублин // Наука и общество. – 2018. – № 2 (31). – С. 9–13.
4. Ивер, Н. Н. Современные маркетинговые инструменты управления качеством продукции и услуг: стратегии, подходы и проблемы [Текст] / Н. Н. Ивер, И. М. Кублин, А. А. Максаев // Экономика и предпринимательство. – 2019. – № 5 (106). – С. 729–736.
5. Кублин, И. М. Инновационные тактические маркетинговые воздействия: особенности, учет и анализ эффективности [Текст] / И. М. Кублин, С. В. Плеханов, А. В. Рябченко, Е. Э. Удовик // Экономика устойчивого развития. – 2019. – № 3(39). – С. 129–133.
6. Празян, И. В. Маркетинговое обеспечение конкурентоспособности предприятий легкой промышленности [Текст] : дис. ... к. э. н. – Волгоград, 2007.

УДК 65.012.7

ОСОБЕННОСТИ ПРИНЯТИЯ СТРАТЕГИЧЕСКИХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ

Антон Андреевич Титов

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

научный руководитель д. э. н., профессор Н. Н. Косинова

Цифровая экономика – это система экономических, культурных и социальных отношений, основанных на внедрении в рабочий процесс информационных технологий.

Появление цифровой экономики тесно связано с цифровой революцией. Цифровая революция является собой переходом от механической и аналоговой электронной технологии к цифровой электронике в конце 1950-х годов.

В Российской Федерации широкое развитие данное направление получило не так давно. 28 июля 2017 года был утвержден национальный проект «Цифровая экономика» с планом развития до 2024 года.

Основная цель программы – это появление на глобальном рынке высокотехнологичных предприятий, формирующих вокруг себя систему исследовательских коллективов и инновационных стартапов, которые должны будут обеспечить развитие цифровой экономики.

Процесс управления организацией – это процесс анализа и оценки информации. От того, насколько информация качественная по содержанию, актуальна и пригодна для обработки, зависит качество принятия управленческого решения.

Стратегические решения определяют судьбу организации, влияют на ее жизнедеятельность и развитие. Обоснованность принимаемых управленческих решений зависит от данных, на которых они основаны, и чем масштабнее принимаемые решения, тем больше растет цена их ошибок.

За принятием эффективных управленческих решений стоит качественная и достоверная информация, предоставленная собственникам. Данная информация собирается из многочисленных источников, поэтому она должна отражать не только внутреннюю среду фирмы, но и внешнюю среду бизнеса за различные периоды времени.

Качественные информационные технологии позволяют обрабатывать большие массивы информации, а также избавляют руководителей от бумажной волокиты, а, следовательно, позволяют принимать более обоснованные управленческие решения.

К подбору и организации информационного обеспечения предъявляется несколько требований: аналитичность информации, объективность и достоверность, единство, рациональность и оперативность.

Вся информация, поступающая независимо от каких-либо источников, должна соответствовать нуждам управляющего звена, то есть поступающие данные должны быть именно о тех направлениях деятельности и с той детализацией, которые в данный момент нужны руководителю для полноценного и всестороннего изучения экономических процессов и явлений. Информация должна позволять выявить влияние основных факторов и определить внутрихозяйственные резервы для повышения эффективности производства [1]. В связи с этим вся система информационного обеспечения должна перманентно совершенствоваться.

Это особенно необходимо в сегодняшней практике планирования, статистики на предприятии и организации учета, так как постоянно пересматриваются содержание документов, их формы, организация документооборота, появляются новые формы сохранения и накопления данных.

Экономическая информация должна быть объективной и достоверно отображать исследуемые процесс и явления. В ином случае, выводы, сделанные по результатам анализа, не будут соответствовать действительности, а разработанные предложения, а также управленческие решения не произведут должного эффекта и даже могут оказаться вредными.

В российской практике нет упорядоченной системы информации, которая бы не перегружала пользователей большим количеством ненужных данных. Ведь для каждого вида бизнеса существуют свои особенности, которые должны быть отражены и представлены в доступной форме собственнику, поскольку отсутствие такой информации может негативно сказываться и на финансовой отчетности, подготовленной на ее основе для сдачи в налоговые органы. Поступающий информационный поток должен быть единым, полученная информация из разных источников не должна дублировать друг друга.

Анализ поступающей информации может быть эффективным и качественным только тогда, когда есть возможность быстро вмешиваться в процесс производства по его результатам. Следовательно, информация должна оперативно поступать к аналитику. В этом и состоит следующее требование к информации – оперативность. Повысить оперативность информации можно с помощью новейших средств связи, обработкой ее на современных серверах и персональных компьютерах, однако это зачастую является финансово затратным.

Информация является одним из важнейших стратегических ресурсов предприятия. Ее отсутствие или дефицит рождает неопределенность, что приводит к ухудшению точности принимаемых решений. В небольших фирмах с малым количеством сотрудников для информационной поддержки бизнеса достаточно элементарной аккуратности. Однако на определенном этапе развития и роста бизнеса этого становится недостаточно. Появляется избыток информации, поступающий из различных источников и подсистем, недостает механизма оперативной

оценки эффективности каждой из них. Следовательно, для успешного развития разросшегося предприятия необходима комплексная система управления, которая объединяет все аспекты менеджмента. Появляется необходимость внедрения информационной системы.

Существуют три варианта внедрения информационных систем [2].

Первый вариант – разработка системы собственными силами. Это наиболее частый вариант. Для автоматизации расчетов и формул применяются способы, написанные, например, в пакте программ Microsoft Office (характерный пример – макросы Excel). Однако при расширении и усложнении бизнеса такие средства перестают удовлетворять, так как данные приобретают более сложную структуру. Разработка полноценных систем под силу только крупным организациям, развивающимся фирмам это финансово затратно.

Второй вариант – приобретение универсальной системы или пакета прикладных программ. Как правило, выбор таких систем ограничивается бухгалтерскими программами. Примерами таких программ являются «1С Бухгалтерия». Универсальных пакетов для комплексной автоматизации не только бухгалтерии, но и коммерческой деятельности немного. Решение о приобретении универсальной системы позволяет относительно небольшими средствами решить многие проблемы, связанные с информационным обслуживанием бизнеса.

Третий вариант – это делегирование полномочий и функций по внедрению информационных технологий за счет аутсорсинга. Данный подход редко применяется в российских условиях. Однако при правильном подходе и выборе фирмы можно получить значительные преимущества: сервисная поддержка, возможность развития системы сопоставимо с усложнением и ростом бизнеса, профессионализм исполнения. Также при передаче данных функций присутствуют и опасности, например, опасность утечки или потери информации, зависимость благополучия предприятия от фирмы исполнителя.

Частый вопрос в организации состоит в том, стоит ли разрабатывать собственный пакет программ своими силами либо же приобрести готовый профессионально сделанный продукт. Наше мнение – целесообразнее приобрести готовый продукт, его преимущество в том, что он функционально работоспособен. Что-то может не устраивать, однако то, что заложено в нем профессиональным разработчиком,

гарантированно работает, не требует затрат времени и больших финансовых потерь, при грамотном выборе.

Предположим, руководитель осознал, что для необходимости внедрения информационной системы необходимо приобретение программного обеспечения. При выборе пакета программ менеджер должен руководствоваться следующими критериями:

1. Сохранение вложенных средств, инвестиций. При внедрении и использовании информационной системы всегда предусматриваются расходы на выбранное программное обеспечение. Вложенные финансы в будущем должны окупиться и приумножиться на ближайшую перспективу.

2. Программный продукт должен быть надежным, гарантировать доступность и сохранность данных при любых технических накладках, а также обеспечивать надежную защиту от несанкционированного доступа.

3. При росте предприятия программный продукт также должен быть масштабируемым и расширяемым соответственно.

4. Максимально интуитивно понятный интерфейс, пользователь должен с легкостью разобраться в программном продукте без руководства пользователя.

5. Максимальная автоматизация всех видов деятельности организации.

6. Приспосабливаемость к бизнесу клиенту – степень согласования свойств системы с нуждами клиента.

7. Цена на программный пакет должна быть доступной.

Рынок программных продуктов достаточно обширен и каждый имеет свою специфику. Для обеспечения работы удаленных филиалов широкое распространение получила система «Лок Офис». Данная система реализована на системе управления баз данных Raima Data Manager, не позволяющей удобно распределять данные и предусматривать сложные взаимосвязи. Однако для небольших предприятий, имеющих небольшой рост на перспективу, данное программное обеспечение позволяет извлечь большую пользу [3].

Для более крупных фирм, например, рекомендуется программа фирмы Монолит Инфо. Особенность программного пакета – это возможность мультивалютного учета, ориентация на международные

стандарты учета и, соответственно, многоязычность, благодаря чему она имеет популярность среди иностранных и совместных предприятий.

Подводя итоги, можно сделать вывод о том, что управление организацией в цифровой экономике – это сложный и многогранный процесс, а этап сбора правильных и достоверных данных для информационной базы является важным и формообразующим элементом в принятии стратегических решений. В российской практике отсутствует упорядоченная информационная система, которая зачастую перегружена лишними данными.

С появлением нового, информационного общества последовало повсеместное внедрение компьютерных сетей и программного обеспечения, кардинально поменялась концепция рабочего места. В современных реалиях для радикального перепланирования деятельности корпорации, ее расширения и с целью резкого улучшения показателей руководителям необходимо внедрять в процесс производства программные информационные системы, с целью упорядочения и сортировки необходимых данных. Получение достоверной и исчерпывающей информации не является целью бизнеса, однако информационная система обеспечивает, непосредственно, достижение этой самой цели в процессе принятия управленческих решений в цифровой экономике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреев, В. И. Саморазвитие менеджера [Текст] / В. И. Андреев. – М.: Дело, 2015. – 275 с.
2. Балдин, К. В. Управленческие решения [Текст] / К. В. Балдин, В. Б. Уткин, С. Н. Воробьев. – М.: Дашков и К, 2012. – 495 с.
3. Биктагирова, А. Р. Оценка успешности принятия управленческих решений [Текст] / А. Р. Биктагирова // Вестник БИСТ. – 2011. – № 2(10). – С. 105–111.

УДК 330.117

АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ «ИНФРАСТРУКТУРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Алина Сергеевна Шипилова

магистрант

Волгоградский государственный медицинский университет

*научный руководитель к. э. н., доцент кафедры экономики
и менеджмента **Е. Н. Кукина***

Инфраструктура предоставления услуг (в широком смысле) – это материальные и нематериальные активы, которые в совокупности направлены на организацию и обеспечение производственного процесса, нацеленного на удовлетворение нужд и потребностей людей [1]. В сфере здравоохранения анализ инфраструктуры оказания медицинской помощи/предоставления медицинских услуг представляется актуальным направлением, так как с недавнего времени в Российской Федерации начал свою реализацию федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

Определяя основные составляющие инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, необходимо обратиться к первоисточнику данного понятия – федеральному проекту, целью которого является снижение младенческой смертности [2]. Достижение обозначенной цели осуществляется путем выполнения основных мероприятий (содержание которых определяют понимание указанной разновидности инфраструктуры): совершенствование профессиональных навыков врачей; дооснащение медицинскими изделиями, внедрение организационно-планировочных решений внутренних пространств медицинских организаций; проведение информационно-коммуникационных мероприятий; обеспечение взаимодействия региональных и федеральных медицинских организаций с применением телемедицинских технологий; повышение уровня медицинской помощи путем утверждения маршрутизации пациентов различных нозологий, внедрения клинических рекомендаций.

Учитывая вышесказанное, основными элементами инфраструктуры оказания медицинской помощи детям являются: кадровый потенциал; материально-техническая база; коммуникация с целевой аудиторией; коммуникация с медицинскими учреждениями разных уровней оказания медицинской помощи; актуальная база документации, регламентирующей организацию оказания медицинской помощи.

При рассмотрении отечественной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям отмечается возможность анализа данного понятия по уровням, которые выделяются в соответствии с трехуровневой системой здравоохранения в России [3]: конкретное учреждение здравоохранения; совокупность медицинских организаций определенного региона; совокупность медицинских организаций страны.

Таким образом, выявлена необходимость дальнейшего исследования такого понятия, как «инфраструктура оказания медицинской помощи» и его основных элементов. Данная тема представляет научный и практический интерес – определение факторов эффективного функционирования инфраструктуры, на основании чего станет возможным улучшение качества оказания медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ланцов А. Е. Инфраструктура: понятие, виды и значение [Текст] / А. Е. Ланцов // Статистика и экономика – 2013. – № 3. – С. 49–52.
2. Паспорт федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/detstvo>.
3. Система оказания медицинской помощи в Российской Федерации [Текст] / Под ред. В. В. Омеляновского. – М.: Наука, 2019. – С. 57–76.

3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ

УДК 615.15

РАЗРАБОТКА УНИФИЦИРОВАННЫХ ПРОТОКОЛОВ ПРОВИЗОРА (ФАРМАЦЕВТА) И ВНЕДРЕНИЕ ИХ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ОТРАСЛЬ

Людмила Сергеевна Аносова

аспирант

Алексей Михайлович Агафонов

аспирант

Украина, Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Известно, что во все времена аптека играла и играет не последнюю роль в цепочке «врач – пациент». С середины 70-х гг. XX века внимание мировой медицинской и фармацевтической общественности было обращено на участие провизора (фармацевта) в лекарственной терапии пациентов [1]. За это время роль фармацевтического работника в аптеке претерпела значительные изменения. Если ранее роль провизора (фармацевта) заключалась в изготовлении лекарственных средств и была ориентирована на снабжение ими населения [2], то сегодня роль провизора очень расширилась. В реальных условиях стремительного развития фармацевтической отрасли функции провизора (фармацевта) описываются рядом законодательных актов. На сегодняшний день большая роль отводится фармацевтическому консультированию, которое регламентируется приказом Минздрава РФ от 11.07.2017 г № 403н, приказом Минздрава РФ от 31.08.2016 № 647н, приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 09.03.2016 г. № 91н.

От профессиональных знаний и коммуникативных навыков фармацевтического работника зависит не только товарооборот аптеки, но и здоровье пациента. На качество и доступность лекарственной помощи населению влияет уровень обслуживания посетителей аптек [3], так как население посещает аптеку не только по причине заболеваний, но и с целью их профилактики и поддержания здоровья. За последнее время очень расширился ассортимент безрецептурных лекарственных средств. Для оказания грамотного, квалифицированного и полноценного фармацевтического консультирования провизор «первостольник» должен не только хорошо ориентироваться в аптечном ассортименте и фармацевтическом рынке, но и в фармакологических и потребительских свойствах лекарственных препаратов, должен быть способен помочь посетителю повысить эффективность и безопасность комплексных мероприятий по уходу за здоровьем [4, 5]. Квалифицированное фармацевтическое консультирование возможно лишь при условии, что провизор имеет большой опыт работы и постоянно пополняет свой запас знаний, занимается самообразованием. Если провизор является выпускником учебного заведения, имеет небольшой опыт работы либо имел перерыв в своей профессиональной деятельности, он будет обладать недостаточным опытом и «багажом знаний». Это может привести к невысокому уровню фармацевтического консультирования, а в самом худшем варианте – к увеличению проявлений побочных эффектов и увеличению количества используемых лекарственных средств.

«Унифицированный протокол провизора (фармацевта)» призван помочь коллегам пополнить информацией свои знания. Данный протокол должен быть утвержден на законодательном уровне и может быть использован в качестве нормативно-информационного материала для разработки внутренних документов аптеки; информационного материала либо пособия для провизоров (фармацевтов) при отпуске безрецептурных лекарственных препаратов; в адаптационный период в аптеке для стажеров и сотрудников, которые только принялись на работу; информационного материала для покупателей для ответственного самолечения.

Для разработки протоколов провизора (фармацевта) необходимо учитывать клинические протоколы медицинской помощи и медицинские

стандарты, утвержденные Министерством здравоохранения РФ, а также фармацевтические стандарты провизора.

Темы для протоколов провизора (фармацевта) необходимо выбирать с учетом важности проблемы для общественного здоровья, которые требуют информационно-просветительской работы среди населения, а также важности проблемы для фармацевтического консультирования, подтвержденных частотой обращений в аптечные учреждения относительно симптоматического лечения симптомов, которые могут быть вылечены самостоятельно.

В «Унифицированном протоколе провизора (фармацевта)» должно быть было отображено название проблемы, которая будет освещена; группа покупателей, у которых возникла проблема; должен приводиться алгоритм фармацевтической опеки, в ходе которой могут быть выявлены угрожающие симптомы с учетом хронических заболеваний покупателей, и терапии, которую они при этом проходят. В протоколах провизора (фармацевта) будет представлен перечень безрецептурных лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории РФ отечественного и импортного производства, согласно группам по международному непатентованному названию (МНН). Обязательно в протоколах должны быть приведены рекомендации относительно ответственного самолечения.

Применение протоколов провизора (фармацевта) позволит сотрудникам аптечных учреждений способствовать эффективному ведению фармацевтического консультирования, рациональному использованию лекарственных средств (ЛС) и повышению эффективности фармацевтической (медицинской) помощи, укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний; безопасному, эффективному и экономическому самолечению и решению проблем, которые касаются использования ЛС, а также экономически поднять продажи в аптеке, расширить клиентскую базу и увеличить перечень предоставляемых услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тельнова, Е. А. О роли аптек в обеспечении доступности лекарственных средств в России и за рубежом [Электронный ресурс] / Е. А. Тельнова. – Режим доступа: http://www.mospharma.org/present/fmo_2009/telnova.pdf. – Дата доступа: 04.08.2020.

2. Развитие фармацевтической практики: фокус на пациента [Текст]. – Бишкек, 2008. – 112 с.
3. Кононова, С. В. Основные требования к информационной и консультационной работе [Электронный ресурс] / С. В. Кононова. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/85171/> (Дата доступа: 04.08.2020).
4. Мастер-класс для первостольника: практические рекомендации для работы с посетителями аптек : справочное руководство для аптечных работников [Текст] / под ред. Е. А. Тельновой. – Москва: Ремедиум, 2010. – 396 с.
5. Assessment of Good Pharmacy Practice (GPP) in Pharmacies of Community Settings in India [Text] / S. R. Tiyyagura, A. Purnanand, M.R. Rathinavelu // IOSR Journal Of Pharmacy. – 2014. – Vol. 4, Is. 12 – P. 27–33.

УДК 614.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Олеся Александровна Вильд

магистрант

Ирина Валерьевна Днепровская

к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

Современное состояние экономической среды побуждает постоянно наращивать свою конкурентоспособность. Основным направлением совершенствования возможностей организации является анализ внутренней среды и последующее управление инновационным потенциалом. Инновационный потенциал организации – мера готовности выполнить задачи, обеспечивающие достижение поставленной инновационной цели, то есть мера готовности к реализации инновационного проекта или программы инновационных преобразований и внедрения инноваций [1].

Управление инновационным потенциалом – совокупность средств и методов регулирования экономической и хозяйственной деятельности организации с целью повышения инновационного потенциала и подготовки платформы для внедрения инноваций [2].

Цель настоящего исследования – изучение теоретического обеспечения управления инновационной деятельностью учреждений здравоохранения.

В таблице представлены наиболее известные методы оценки инновационного потенциала организаций.

Методы оценки инновационного потенциала [3]

Метод	Характеристика	Достоинства	Недостатки
Детальный	Внедряется на стадии обоснования инновации и подготовки проекта ее реализации и внедрения	Системный результат, позволяющий определить достаточность ресурсов	1. Трудоемкость оценки. 2. В процессе исследования выявляются способности предприятия к разработке конкретного инновационного проекта, а не интегральная оценка состояния инновационного потенциала
SWOT-анализ	Определение сильных и слабых сторон предприятия, возможностей и угроз	Комплексный анализ настоящего положения предприятия; может использоваться как основа для определения возможных путей развития	Нельзя оценить все элементы инновационного потенциала
Финансовый	Определяется обеспеченность предприятия финансами для инновационных введений	Высокий уровень объективности	Нельзя оценить все элементы инновационного потенциала
Ресурсный	Определяется обеспеченность предприятия ресурсами	Простота проведения анализа; доступность информации	Отсутствует оптимальный единый набор ресурсов, требующих оценки

Окончание табл.

Метод	Характеристика	Достоинства	Недостатки
Денежная оценка элементов потенциала	Оцениваются ресурсы в денежном выражении и рыночная стоимость предприятия	Высокий уровень объективности	1. Формальное сложение стоимости ресурсов не позволяет комплексно оценить инновационный потенциал. 2. Не учитывается результат использования ресурсов
Факторный	Применяются экспертные оценки и анализ	Комплексная, полная оценка инновационного потенциала	Слишком большой объем информации для анализа; часто показатели характеризуют общий потенциал предприятия, а не инновационный

Исходя из приведенной выше таблицы, можно сделать вывод, что в настоящее время имеется множество методов оценки инновационного потенциала, однако каждый обладает как преимуществами, так и недостатками. Следовательно, существует необходимость выявления структурных компонент инновационного потенциала и показателей их оценки, причем комплекс показателей должен быть универсальным, простым в использовании, предоставляя объективную и достаточно полную информацию.

Рассматривая управление инновационным потенциалом, следует сказать о таких аспектах модернизации учреждений здравоохранения, как оснащение новейшим оборудованием, в том числе роботизация оказания медицинской помощи. Это направление работы, в первую очередь, охватывает такие специальности, как лапароскопическая хирургия, онкология, гинекология, офтальмология, а также клиническую и лабораторную диагностику. Особое место в развитии инновационного потенциала медицинских учреждений играет телемедицина [4]. Управление инновационным потенциалом учреждений здравоохранения требует детальной проработки и оценки. Комплексное

использование методов оценки инновационного потенциала позволяет наиболее эффективно принимать управленческие решения в рамках данного вопроса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фатхутдинов Р. А. Инновационный менеджмент [Текст] : учебник для вузов / Р. А. Фатхутдинов. – 6-е изд. – СПб.: Питер, 2014. – 448 с.
2. Аньшин, А. А. Инновационный менеджмент: Концепции, многоуровневые стратегии и механизмы инновационного развития: учеб. пособие [Текст] / А. А. Аньшин, А. А. Дагаев. – М.: Дело, 2007. – 584 с.
3. Мызрова, О. А. Развитие и современное состояние теории инноваций [Текст] / О. А. Мызрова // Инновации. – 2016. – № 5.
4. Днепроvская И.В., Орлов Д.В. Переход на цифровое здравоохранение в рамках реализации национальных интересов РФ [Текст] / И. В. Днепроvская, Д. В. Орлов // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – 380 с.

УДК 51.1

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Иван Сергеевич Курсеков

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент А. В. Соболев*

Слово «инновация» в различных литературных источниках представлено в разных вариантах. Определение трактуется в зависимости от объекта и предмета своего исследования. Часто цитируемые определения в инноватике принадлежат таким авторам, как Й. Шумпетер, И. Перлаки, В. Хартман, Б. Твисс, Б. Санто, В. Колосов, С. Ильенкова, В. Бурков, В. Шапиро, В. Воропаев и др.

Инновация, нововведение (англ. innovation) – введение в употребление какого-либо нового или значительно улучшенного продукта (товара, услуги) или процесса, нового метода маркетинга или нового организационного метода в деловой практике, организации рабочих мест или внешних связях. Данное определение четко подчеркивает,

что инновация – это не только конечный продукт, но и процесс его создания, который нуждается в четком управлении превращения новых идей в коммерчески результативные процессы. Именно поэтому управление инновационной деятельностью стало приоритетной функцией всех без исключения сфер, в том числе и здравоохранения.

Рассматривая общемировую тенденцию, мы видим, что инновации в здравоохранении играют важную роль для каждого из людей и всего человечества в целом. Разработка и внедрение новейших технологий в области медицины способны существенно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни человека. Инновационное развитие в области охраны здоровья может явиться той принципиальной основой, на которой возможно формирование сотрудничества в других областях.

Наиболее существенным новым элементом концепции развития системы здравоохранения в России – это формирование организационно-экономического механизма инновационной политики в российских регионах. Учитывая, что бюджетный сектор здравоохранения Российской Федерации является чрезвычайно ресурсоемким и не ориентирован на достижение результата, значимость формирования инновационного менеджмента в здравоохранении значительно повышается.

Ведущую роль в развитии инновационного проекта играет личная заинтересованность как новаторов, так и работников практического здравоохранения. Данную тенденцию можно наглядно проследить в различии внедрения новых медицинских технологий в частном и государственном секторах здравоохранения. В частном секторе здравоохранения внедрение инновационных методик – это элемент конкуренции, борьба за пациента и финансирование, дополнительная прибыль, повышение заработной платы сотрудников. В бюджетной сфере здравоохранения внедрение новых технологий неоднозначно, свободного финансирования на реализацию инновационных проектов у медицинских организаций, как правило, нет, а централизованные фонды отсутствуют, также отсутствует структура и применение эффективной системы поощрения для работников, проявляющих инициативу по внедрению инноваций. В результате, по многим направлениям частная медицина начинает обгонять бюджетный сектор здравоохранения. Это является одной из основных проблем в сфере управления и внедрения инноваций для бюджетных организаций.

Проанализировав мировые показатели по числу ученых, количеству затрат на финансирование новых технологий, публикационную и научную активность, место российской медицинской науки в мировом рейтинге представлено в таблице.

Место российской медицинской науки в мировом рейтинге

Показатель	Место России
Число ученых	4
Финансирование научных исследований	9
Число публикаций	15
Уровень цитирования	>20
Рейтинг публикационной активности (публикации в области медицины)	58

Лидерами инновационных разработок в мире считаются Япония, Америка, Великобритания и Германия. С небольшими отставаниями к ним присоединяются Китай и Индия.

Сегодня мировыми трендами в медицине являются борьба с генетическими и онкологическими заболеваниями, внедрение IT и совершенствование инструментов.

Один из ведущих частных медицинских центров США Cleveland Clinic составил свой топ инноваций, которые могут внести значительный вклад в развитие медицины в наступающем году:

1. Препарат для лечения остеопороза двойного действия – Ромосозумаб – первый препарат для лечения остеопороза, который сочетает две функции: стимулирует синтез костной ткани и уменьшает ее резорбцию. Препарат представлен моноклональным антителом, которое блокирует активность белка склеростина, выпускается в инъекционной форме с кратностью применения один раз в месяц.

2. Расширение использования минимально инвазивной хирургии митрального клапана с помощью MitraClip (Abbott), альтернативная возможность более безопасного варианта лечения у пациентов с патологией митрального клапана.

3. Лечение транстретин-амилоидной кардиомиопатии. Транстретин-опосредованная амилоидная кардиомиопатия (ATTR-СМ) – это редкое, быстро прогрессирующее и часто смертельное заболевание.

Патогенез этой патологии связан с отложением амилоидных фибрилл в миокарде.

4. Лечение аллергии на арахис. Аллергия на арахис является одной из самых распространенных пищевых аллергий. В сентябре группа FDA представила препарат Palforzia.

5. Стимуляция спинного мозга с замкнутым циклом, благодаря чему пациенты, страдающие от боли в спине, получают значительное облегчение боли, что стабилизирует сон и снижает потребность в приеме большого количества болеутоляющих препаратов.

6. Биологические препараты в ортопедии – новая методика использования губки, инъецированной биологическими факторами в сочетании с собственной кровью пациента. Наложение данной губки способно стимулировать заживление связки, сохраняя ее ткань.

7. Пленка из антибиотиков для профилактики инфекций, вызванных имплантацией сердечных устройств.

8. Бемпедоевая кислота для снижения уровня холестерина у пациентов с непереносимостью статинов.

9. Ингибиторы PARP в качестве поддерживающей терапии рака яичников.

10. Препараты для лечения сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса.

Несомненно, к инновационным трендам отнесен и процесс в совершенстве информационных технологий. В сферу здравоохранения они пришли с некоторым запозданием. Тем не менее, массовое внедрение ИТ в медицину привело к возникновению научного направления науки – медицинской информатики. Зарубежный и российский рынок ИТ сегодня стремительно меняется.

В отечественных учреждениях практического здравоохранения новые технологии здоровья появляются реже, поэтому Россия отстает по многим показателям. 70 % сырьевых ресурсов, используемых при выпуске фармацевтических средств, поставляется из стран Азии, а объем экспорта из России составляет не более 0,1 % общемирового объема. Делая вывод, можно предположить, что причиной низких рейтингов часто является сокращение финансирования и дефицит научных кадров, а также низкая управленческая квалификация руководителей организаций здравоохранения.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать выводы, что механизм эффективного продвижения и реализации инновационных проектов здравоохранения в России (как государственного, так и частного) должен включать:

- разработку стратегии по выполнению научных программ по приоритетным направлениям здравоохранения, разработке и внедрению инновационных технологий;
- создание специальной организационной структуры, стимулирующей повышение конкурентоспособности и инвестиционной привлекательности российской медицинской науки;
- реорганизации медицинской науки, развитие трансляционной и доказательной медицины;
- поиск новых способов финансирования, комбинация финансов государственной поддержки и медицинского учреждения с использованием модели государственно-частного партнерства;
- контроль результатов деятельности.

Инновационная деятельность в медицине – это приоритетный, но в то же время весьма затратный путь изменения в лучшую сторону показателей здоровья и качества жизни населения, в развитии которой немаловажную роль играет государственная поддержка. И задача нашего государства – как можно скорее выполнить все государственные проекты, перейти на инновационную модель развития, стать конкурентоспособным партнером на рынке инноваций, а значит совершить качественный скачок в повышении уровня жизни российских граждан. Немаловажную роль в достижении вышеизложенных целей играет способность управленческого звена комбинировать воедино экономические и правовые вопросы деятельности медицинского учреждения, внедрять информационные технологии в медицине. Таким образом, на современном этапе повышается значение эффективного менеджмента и способность управления процессом превращения новых идей в коммерчески результативные продукты и процессы – это является основой управления инновациями в сфере здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лучкевич, В. С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением [Текст] / В. С. Лучкевич. – Санкт-Петербург, 2004. – 451 с.
2. Инновационный менеджмент [Текст] : учебное пособие / Д. Ильенкова. – М.: Юнити, 2013.

3. Родионова, В. Н. Менеджмент в здравоохранении в новых экономических условиях [Текст] / В. Н. Родионова // Экономика и управление здравоохранением / под ред. Ю. П. Лисицына. – М., 2013. – 205 с.
4. Лебедев, А. А. Использование маркетинговой философии в деятельности медицинских учреждений государственной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики [Текст] / А. А. Лебедев // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 7.
6. Алексеев, А. А. Инновационный менеджмент [Текст] / А. А. Алексеев – Санкт-Петербург. – 2015.
7. Инновационные технологии в медицине XXI века: монография [Текст] / И. В. Матросова, В. В. Евдокимов, Д. С. Каскаева и др. – Saint-Louis, MO: Publishing House «Science & Innovation Center», 2013. – 324 с
8. Гущина, Е. Ю. Механизм финансирования учреждений здравоохранения в решении социальных проблем [Текст] / Е. Ю. Гущина // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – № 10.
9. Данилова, Г. В. Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения [Текст] / Г. В. Данилова // Наука и экономика. – 2014. – № 2. – С. 12–17.
10. Дивеева, А. А. Проблемы управления здравоохранением: региональный аспект [Текст] / А. А. Дивеева // Многоуровневое общественное воспроизводство: вопросы теории и практики. – 2017. – № 13 (29). – С. 99–105.

УДК 615.1

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРИ РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Екатерина Андреевна Самошина

преподаватель кафедры медицины катастроф

Волгоградский государственный медицинский университет

Фармацевтика – это тот случай, когда специфика рынка, разработки и производства оказывают влияние на маркетинговые технологии, при этом маркетинг предшествует самой стадии создания препарата и определяет технологии последнего [1]. Лекарственные препараты разрабатываются долго, проходят многочисленные испытания, а их конкурентоспособность не в последнюю очередь зависит от того, насколько специфическим будет средство [1].

Выход нового препарата на рынок – это очень долгий, трудоемкий и финансовозатратный процесс. Разработку оригинального препарата могут позволить себе только очень крупные фармацевтические

компании. Именно те фармацевтические компании-производители, которые уделяют повышенное внимание вопросам научных исследований, разработке новых препаратов, определяют и во многом формируют стратегию развития фармацевтического рынка [2].

По данным статистических обзоров, около 75 % проводимых сейчас в фармации перспективных научных исследований направлены на разработку (синтез) новой молекулы [1]. Примерно 26 % всех проводимых исследований – на разработку новой лекарственной формы, совершенствование дозировки и т. д. Около 5 % научных исследований – изучение новых показаний уже существующих лекарственных препаратов [1, 3].

Анализ терапевтических направлений исследований новых лекарственных средств показал, что большинство из них (29 %) посвящено исследованиям в области онкологии, 12 % исследований направлены на создание новых лекарственных средств для лечения различных инфекционных болезней, около 15 % исследований – это научные разработки в области лечения сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Также актуальными являются научные исследования по созданию новых противодиабетических, противовоспалительных препаратов и т. д. [1, 3].

Структура фармацевтического рынка России сильно отличается от рынка более развитых стран. В связи с не сильно развитой системой здравоохранения, главным потребителем лекарственных препаратов является сам пациент, который может осуществить непрофессиональный выбор лекарственного препарата, обоснованный в основном рекламой производителя [2].

По данным литературы, фармацевтическая промышленность использует около 8 тысяч условных тонн субстанций в год, из которых около 1,7–1,9 тысяч условных тонн производят российские предприятия [1].

Доля высокотехнологичных субстанций (более 6 стадий синтеза) составляет 35 % (в том числе 15 %, произведенных в РФ) в количественном выражении и 34 % (в том числе 5 %, произведенных в РФ) в денежном, а доля биотехнологических соответственно – 39 % в денежном выражении, из которых в РФ производится всего 2 % [3].

Основные проблемы, с которым сталкивается фармацевтический рынок России, – это низкий уровень обеспеченности населения, низкий уровень инноваций, используемых в фармацевтической промышленности [2].

Для вывода фармацевтического рынка России на более высокое место необходимо создание системы производства, маркетинга и продвижения дженериковых продуктов до того момента, как появятся собственные инновационные препараты. Основной задачей на этом этапе является развитие современной производственной базы, позволяющей с высокой эффективностью производить лекарственные субстанции и готовые лекарственные формы на их основе [2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болл, С. В. О необходимости создания единой интегрированной системы для развития фармацевтического рынка Российской Федерации [Электронный ресурс] // Медицинский портал. 2011. – Режим доступа: <http://rudoctor.net/medicine2009/bz-fw/medwmiatx.htm> .
2. Самошина Е. А. Разработка мягкой лекарственной формы по международным правилам GMP [Текст] / Гармонизация подходов к фармацевтической разработке: тезисы Международной научно-практической конференции. Москва, РУДН, 28 ноября 2018 г. – М.: РУДН, 2018. – 235 с.
3. Фармацевтическая разработка: концепция и практические рекомендации. Научно-практическое руководство для фармацевтической отрасли [Текст] / под ред. Быковского С. Н. и др. – М.: Изд-во Перо, 2015. – 472 с.

UDC 616351

UTILIZATION MODERN NANOMATERIALS IN DIAGNOSIS, TREATMENT, DELIVERING, INCREASING DRUG EFFICIENCY'S FOR MALIGNANT TUMORS AND TARGETING BIOLOGICAL CELLS

Ahmed Hamid Al-Humairi
Volgograd State Medical University

Nanomaterials, literally, meaning materials with a dimension of 10-, in fact include all natural, modified or completely artificial objects that have their own dimensions, or surface profile, or pores smaller than 100 nm in biological systems. As a result, we have genetic engineering, molecular diagnostics, and high-precision (targeted, personified drug delivery to target cells) technologies for treating diseases. Moreover, at a certain stage, it turned out to be very effective to combine these two directions. As a result, a new modern direction appeared in medicine, named as teranostics, like

the combination of treatment and diagnosis in one technology. Teranostic agents can be obtained using the following strategies: screening plant extracts for nanomaterial synthesis; standardization of various physical and chemical parameters for biosynthesis; addition of therapeutic and imaging agents; and characterization of nanocarriers using analytical methods [1]. Of particular interest is the progress caused by the introduction of theranostics of nanotechnology in experimental and clinical oncology. The vector of development in antitumor therapy is aimed at an approach called precision personified medicine with the most integrated and versatile effect on the tumor.

The acquired knowledge and technologies are actively used to create new methods and tools for cancer diagnosis and therapy based on compounds selectively acting on specific molecular targets, as well as new systems for delivering these agents to cancer cells that do not affect healthy organs and tissues.

A serious point in the treatment of tumors is the situation when cancer cells develop drug resistance and stop responding to chemotherapy. It resulted in necessity to increase the dose (and toxicity) or provide targeted delivery of the drug to the tumor cell [2]. There are four critical aspects to consider when developing an effective teranostic nanoplat-form: choosing an effective therapeutic agent, choosing a stable carrier; implementing a targeted and sustainable approach to drug release; choosing an imaging agent carefully.

Viral NPs can be designed and constructed using genetic and chemical protocols. Plant viruses (as opposed to animal or human viruses) are a safe platform because they do not cause diseases in humans. Their size is in the nanometer range, which helps to increase tissue permeability and retention in tumors. Multivalent nature of these NPs allows the incorporation of several molecules with different functions, which allows, for example, combining a cell targeting ligand and an imaging agent on the same nanoparticle. Only in this case, a specific delivery system will be able to transport microRNA, mRNA, siRNA, lncRNA, peptides and synthetic drugs to the target cells And the possibility of direct injection of NVs into the cytoplasm. Among the synthetic NVs used for the detection of GI tumors, it should be noted that they are used in the composition of

liposomes as contrast agents for screening and detecting the early GC stage and effective use of NVs loaded with superparamagnetic iron oxide as new contrast agents for human CRC imaging. Diagnostic use of NVs is to specify the location, stage, and degree of tumor malignancy. Pegylated melanin-like liposomes were able to carry enough doxorubicin (DOX) for targeted delivery to human CRC cells. As the size of the particles that were synthesized at a pH of approximately 7.5-8 increased, the loading efficiency of the drug also increased due to the expanded internal volume for the drugs. However, in contrast to the loading efficiency, the release of the drug occurred much faster from smaller particles that were synthesized at pH 9. Nanocapsulation of chemotherapeutic agents in biocompatible polymer or lipid matrices has great potential for improving the pharmacokinetics and effectiveness of traditional chemotherapy while reducing the systemic toxicity of anti-cancer drugs. In the last 10 years, nanoscale drug delivery systems such as liposomes, solid lipid nanoparticles, polymer micelles, mesoporous silica, carbon nanomaterial, and gold NPs have emerged that have increased the selectivity of anti-cancer therapy and reduced the toxicity of drugs. The NPs combination with ultrasound has significant potential to improve drug delivery efficiency and reduce drug side effects by better overcoming physiological barriers such as endothelial lining of blood vessels, endothelium of target tissues, dense epithelial cell layers, tissue interstitial, plasma cell membrane, diffusion through the cytoplasm, and penetration into the nucleus through the nuclear membrane. The method of directed radionuclide therapy is based on the selective accumulation of a pharmaceutical containing a radioactive isotope only in the tumorous tissues. Directed radionuclide therapy should only affect tumor cells and not affect normal cells. This condition makes it possible to create a pharmaceutical product with a large, and in the ideal case – with an infinitely large therapeutic index, which will allow you to get high efficiency with minimal side effects. The study silica NPs in vivo on model mice with a pseudo-metastatic tumor (human CRC cancer cells were implanted in the spleen of diabetic mice) using three-dimensional confocal micrography showed that labeled these NPs were located very close to the tumor's blood vessels.

In modern diagnostics and therapy, NPs of natural, synthetic and hybrid origin are actively used. They can have a solid or composite structure, their composition is most often represented by proteins or peptides, DNA or RNA, polysaccharides, lipids, metals, usually in combination with each other. The effects of such NPs are very diverse and include direct cytotoxic action, immunomodulation, impact on tumor vessels, etc. The combination of these different influences and a diagnostic component associated with facilitating the identification of tumor cells is the most promising direction of development in this area being the essence of the new approach, theranostics.

REFERENCES

1. Ahmed Hamid Al-Hamiri. Modern Nanomaterials and Nanotechnology in Diagnosis and Treatment of Malignant Tumors of Gastrointestinal Tract [Text] // European Journal of Molecular Biotechnology. – 2019. – № 7 (2).
2. Ahmed Hamid Al-Humairi. BETA-GLUCURONIDASE SYSTEM, INTESTINAL MICROFLORA, AND GENESIS OF COLORECTAL TUMORS [Electronic text] // Journal of Technology and Biology. – 2019. – № 4, 5. – URL: <https://doi.org/10.15688/nsr.jvolsu> .

4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ

УДК 61.614.253.256.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ К ЭТОМУ ПРОЦЕССУ

Валерий Сократович Полунин

д. м. н., профессор

Галина Николаевна Буслаева

д. м. н., профессор

Наталья Валентиновна Полунина

д. м. н., профессор, академик РАН

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова*

Важнейшей государственной отраслью является здравоохранение, которое обеспечивает уровень общественного здоровья и продолжительности жизни населения, зависящие от средств, выделяемых на их функционирование и развитие, отражающие социально-экономические и политические процессы, происходящие в стране [1]. Руководство, функционирование системы здравоохранения и финансирование процесса оздоровления населения обеспечиваются в соответствии с Конституцией РФ и законодательными актами об охране здоровья граждан [2–10]. Основу финансирования здравоохранения в РФ составляют средства бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования, граждан (оплата лечения, добровольные пожертвования), работодателей (прямая оплата лечения, спонсорская помощь учреждениям), других государств и международных организаций.

По мнению Всемирной организации здравоохранения, для достижения доступа населения к определенному набору медицинских услуг необходим уровень средств, составляющих 5–6 % от внутреннего валового продукта (ВВП) [11]. По финансированию здравоохранения Россия находится на 70-м месте и на 55-м месте по его эффективности, что свидетельствует о недостаточности средств, выделяемых на здравоохранение [12]. В целом общие средства, выделяемые на здравоохранение в РФ, в 2018 г. составили 5,1 трлн руб., из них государственные расходы – 65 % (3,32 трлн руб.), частные (личные расходы граждан и ДМС) – 35 % (1,79 трлн руб.), что в 1,6 раза ниже, чем в «новых» 8 странах ЕС (5,0 %), и в 2,5 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (7,9 %) [13].

В последнее время наблюдается рост оказания платных медицинских услуг, в частности в период с 2005 г. по 2018 г. они увеличились в 6,1 раз (с 109756 до 677686 млн руб.) [14]. На рост оказания платных медицинских услуг оказывает влияние государственного частного партнерства (ГЧП), предусматривающего получение платной медицинской помощи за счет средств ОМС, бесплатной для пациента [15].

Цель исследования – разработка рекомендаций по использованию финансирования медицинских услуг в государственных медицинских организациях и отношения пациентов и врачей к их деятельности.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе городской клинической больницы № 31 Департамента здравоохранения г. Москвы (ГКБ № 31 ДЗМ). Были изучены особенности финансирования медицинской организации и проведен опрос пациентов, получающих платные медицинские услуги и госпитализированных на бюджетной основе, соответственно 962 и 873 пациента, а также изучены мнения 648 врачей об особенностях финансирования медицинской помощи на основе анализа анкет.

Результаты и обсуждение. Руководство и финансирование деятельности медицинской предусматривает следующие источники финансирования: субсидии из бюджета г. Москвы на выполнение государственных заданий и иные цели, доходы от деятельности, приносящей доходы (в том числе платные медицинские услуги, которые осуществляются в соответствии с лицензией ДЗМ), иные источники, не запрещенные федеральными законами. Было установлено, что к проведению платных медицинских услуг население относится по-разному: 3,2 % пациентов от всех обследованных считают, что отечественное здравоохранение

может быть только платным, половина опрошенных (52,1 %) отметили необходимость оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях.

Из числа пациентов, считающих, что платные медицинские услуги целесообразны в медицинских организациях, большинство опрошенных (61,5 %) считают, что платными в государственных медицинских организациях должны быть только сервисные услуги, обеспечивающие пациентам комфортные условия при оказании лечебно-профилактической и социальной помощи.

Среди опрошенных пациентов, положительно относящихся к платным медицинским услугам, достоверно ($p < 0,001$) больше женщин, чем мужчин, в 1,3 раза (соответственно 52,7 и 39,3 %), в 2,3 раза было больше пациентов с высшим образованием в сравнении с пациентами, имеющими среднее образование (соответственно 63,6 и 27,4 %), в 4,1 раза больше было среди пациентов в возрасте от 20 до 40 лет в сравнении с пациентами 60 лет и старше (соответственно 46,8 и 11,3 %). В целом пенсионеры в 9,5 раза реже положительно относятся к наличию платных медицинских услуг в сравнении с пациентами трудоспособного возраста. Пациенты, имеющие высокие материальные доходы и занимающие должности руководителей, в 7,4 раза чаще пользуются платными медицинскими услугами по сравнению с другими пациентами. Пациенты, получавшие медицинскую помощь на бюджетной основе, отрицательно относились к платным медицинским услугам и 74,8 % из них оценили свое материальное положение как низкое, однако они положительно в 89,4 % случаях отнеслись к возможности оплаты части платных услуг за счет средств ОМС в рамках программы государственно-частного партнерства. Большинство пациентов (91,4 %), получивших платные медицинские услуги, были удовлетворены их качеством.

Основными причинами использования пациентами платных медицинских услуг были получение медицинской помощи без очереди, получение высокотехнологичной помощи, получение медицинской помощи от высококвалифицированных специалистов, имеющих ученую степень и звание, получение дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных программой ОМС, получение медицинской помощи в комфортных условиях и внимательном отношении со стороны персонала.

Чаще всего пациенты обращались при получении платной медицинской помощи к стоматологам (89,2 случая на 100 опрошенных), гинекологам (71,6 случаев на 100 опрошенных), урологам (69,5 случаев на 100 опрошенных), при этом большинство пациентов проходили диагностическое обследование (70,3 %), лечение оплачивали 24,6 % пациентов, 5,1 % пациентов получили платные профилактические услуги.

При исследовании отношения врачей к расширению использования медицинской организацией платных медицинских услуг было отмечено, что из 100 опрошенных 96 специалистов считают целесообразным это мероприятие, которое позволяет повысить им заработную плату и приобрести дополнительное медицинское оборудование, что в результате обеспечит пациентам получение более качественной медицинской помощи. Опрошенные врачи считают оптимальным, когда платные медицинские услуги в бюджетных медицинских организациях не будут превышать 25 % от всех форм медицинской помощи.

В целом большая часть пациентов платного (97,4 %) и бюджетного (91,6 %) стационаров отметили, что они доверяют лечащим врачам, испытывают уважительное и внимательное отношение со стороны медицинского персонала соответственно 94,7 % платного и 84,3 % бюджетного стационаров и считают, что эти показатели являются важнейшими в процессе получения медицинской помощи. Пациенты и врачи отметили, что чем выше медицинская грамотность пациента, тем легче устанавливается контакт между пациентом и врачом платного (76,4 %) и бюджетного (62,4 %) стационаров. Продолжительность одноразового контакта между пациентом и врачом была более длительной в платном стационаре (25–30 минут) по сравнению с бюджетным (15–20 минут).

Заключение. В целом по результатам проведенного исследования считаем целесообразным дальнейшее совершенствование, осуществление и организацию платной медицинской помощи, обеспечивая повышение ответственности пациента за коррекцию, сохранение и укрепление своего здоровья, расширение использования программы ГЧП при осуществлении оплаты платных медицинских услуг пациентам за счет средств ОМС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева, С. Е. Развитие форм бюджетного финансирования сферы здравоохранения как фактор повышения качества медицинских услуг [Электронный ресурс] /

Авдеева С. Е., Збинякова Е. А. Научный журнал Novainfo №116-1. 18.05.2020. – Режим доступа: <https://novainfo.ru/article/17854>

2. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/

3. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. От 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

4. Федеральный закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/

5. Федеральный закон РФ от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/

6. Федеральный закон РФ от 16.07.1999 № 165-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах обязательного страхования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://zapstar.ru/kasko/9835-zakon-ob-osnovakh-socialnogo-strakhovaniya-rf.html>

7. Федеральный закон РФ от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «Об обращении лекарственных средств» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/

8. «Налоговый кодекс Российской Федерации» (часть 1) 31.07.1998 № 146-ФЗ (ред. от 09.11.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19671/

9. «Бюджетный кодекс Российской Федерации» от 31.07.1998 N 145-ФЗ (ред. от 15.10.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/

10. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70237118/>

11. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010. 106 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>

12. Дашибылов, С. В. Особенности финансирования здравоохранения в Российской Федерации [Текст] / С. В. Дашибылов // Молодой ученый. – 2020. – № 29 (319). – С. 218–222.

13. Улумбекова, Г. Э. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.) [Текст] / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн, А. В. Калашникова, Н. В. Альвианская // Оргздрав. Вестник ВШОУЗ. 2019. – Т. 5, 4 (18). – Р. 4–19.

14. Здравоохранение в России [Текст]. 2019 : Стат.сб. / Росстат. – М., 2019. – 170 с.

15. Приказ № 334 от 27 июня 2014 «Об утверждении состава Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнерству (ГЧП)» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://yandex.ru/search/?text=15>

УДК 336.61:614.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Елизавета Михайловна Папшева

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель старший преподаватель Н.М. Легенькова*

Высокие показатели общественного здоровья являются показателем экономической конкурентоспособности государства. По этой причине вопрос совершенствования системы здравоохранения очень важен. При реформировании какой-либо отрасли здравоохранения совершенствование системы финансирования всегда является одной из первоочередных задач.

Основные источники финансирования можно разделить на собственные накопления, поступающие от коммерческой деятельности учреждений, и финансирование со стороны внешних источников (например, средства из государственного бюджета, льготы, дотации, освобождающие от обязательных платежей в бюджет полностью или частично). Также финансирование идет из Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) РФ.

Учреждения здравоохранения могут заключать договора с предприятиями об оказании медицинских услуг сотрудникам, а предприятия могут вносить средства в бюджет здравоохранения через спонсорство, благотворительность или льготное кредитование.

Кроме этого население оплачивает различные медицинские услуги, и также источниками финансирования можно рассматривать ссуды и кредиты.

Финансирование необходимо для эффективного функционирования и оказания лечебной помощи населению. Для правильного расхода бюджета необходимо правильно его распределять, для этого применяются ресурсосберегающие технологии и внедряются инновации.

Для правильного применения ресурсосбережения и оценки финансовых ресурсов учреждений необходимо проводить анализ финансовой деятельности. При правильном распределении финансов происходит бесперебойное производство и реализация медицинских услуг, а также расширение и обновление производственной базы [1].

Аудит является отчетом о внешней финансовой деятельности учреждения, включающий оценку показателей, которые характеризуют рентабельность, прибыль, эффективность использования заемного капитала, платежеспособность организации, общее финансовое состояние организации.

Происходит анализ внутреннего финансирования, включающий хозяйственную деятельность, ее издержки, эффективность, прибыль, оборот, показывающие оценку финансовой и организационной деятельности.

Смета расходов – финансовый документ, отражающий целевое направление, объем и поквартальное распределение средств, выделенных из бюджета. На основе этого документа устанавливаются цены на услуги бюджетных организаций. Из-за этого цена складывается не из реальных затрат, а по объему выделенных средств. Можно сделать вывод, что финансовая деятельность лечебно-профилактических учреждений – это механизм формирования и использования финансовых ресурсов для оказания качественных общественно-значимых услуг [2].

В данный момент реализуется проект «Здравоохранение» 2019–2024 г. Ожидаемые результаты его реализации: снижение смертности; ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях; обеспечение оптимальной доступности для граждан медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 г. [3]. Для реализации этого проекта необходим достаточный объем финансирования и эффективный финансовый механизм социальных инвестиций.

Можно рассматривать как дополнительный источник финансирования медицинских учреждений не только материально-технические базы и квалифицированные кадры, но и развитие фармацевтической промышленности за счет разработки лекарственных препаратов.

Создание благоприятных условий для привлечения благотворительных взносов государственных и частных учреждений, которые должны быть освобождены от обложения налогами. Кроме этого через упорядочивание налоговых льгот можно стимулировать население на приобретение медицинских услуг за счет собственных средств.

По налогу на прибыль – увеличить налоговые вычеты до уровня полного возмещения затрат организации, осуществляющей добровольное медицинское страхование своих сотрудников; по налогу на доходы физических лиц – дополнить социальные налоговые вычеты суммой расходов по договорам добровольного медицинского страхования.

Финансирование из бюджета всегда является главной проблемой, так как его недостаточно. Для этого привлекается финансирование со стороны и используется технология ресурсосбережения или правильного его распределения. В настоящее время необходимо в первую очередь планировать и грамотно реализовывать меры по контролю и сдерживанию необоснованных расходов. Во-вторых, исключить их дублирование, а также по возможности вовлечь в этот процесс все заинтересованные стороны: государство и гражданина, финансистов и медиков, банковский и страховой секторы и т. д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хамалинский, И. В. Методы оценки степени доверия предприятию [Текст] / И. В. Хамалинский, В. В. Завгородняя // Региональная экономика: теория и практика. – 2014. – № 27. – С. 52–58.
2. Анализ хозяйственной деятельности бюджетных организаций: учебное пособие [Электронный ресурс] / Д. А. Панков, Е. А. Головкова, Л. В. Пашковская и др. / Под общ. ред. Д. А. Панкова, Е. А. Головковой. – 5-е изд. – М.: Новое знание, 2007. – 631 с.
3. – Режим доступа: <https://xn--71-6kuczpihix2b4d.xn--p1ai/proekti/zdravookhranenie/>

УДК 332.146.2

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (на примере Волгоградской области)

Ольга Сергеевна Саломатина

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент Е. Н. Кукина*

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – это способ развития общественной инфраструктуры, основанный на взаимодействии государства и бизнеса, при котором частная сторона принимает участие

в проектировании, финансировании, строительстве или реконструкции объекта инфраструктуры, а также в его последующей эксплуатации и (или) техническом обслуживании. С точки зрения экономики, это стимулирует привлечение частных инвестиций, а также сокращает участие государства в экономическом обороте, в том случае если какие-либо задачи бизнес может выполнить эффективнее [1]. ГЧП в сфере здравоохранения – это 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.

Анализ ресурсной базы здравоохранения Волгоградской области за последние 5 лет позволяет говорить о том, что развитие здравоохранения в нашем регионе в условиях ограниченного финансирования отрасли приводит к росту диспропорций условий оказания медицинской помощи между отдельными районами и внутри них, а также снижению ресурсного потенциала, концентрации медицинских организаций в административных центрах и, следовательно, ухудшению качества, безопасности и доступности медицинской помощи [2].

Развитие ГЧП в здравоохранении 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 2020 года»

В рамках государственно-частного партнерства на территории Волгоградской области реализуется ряд перспективных проектов.

На этапе поиска инвестиций находится проект по созданию и эксплуатации имущества для санаторно-курортного лечения на территории п. Эльтон Палласовского района. Санаторий осуществлял свою деятельность с 1910 года, стоит учесть, что озеро Эльтон – одно из самых минерализованных в мире и самое большое по площади соленое озеро в Европе, а иловая минеральная грязь, рапа, минеральные воды являются ценными лечебными ресурсами для восстановления здоровья человека. В связи с несоответствием современным требованиям, предъявляемым к санаторным учреждениям, большая часть построек нуждается в реконструкции. Четыре года назад было

заключено концессионное соглашение, согласно которому в срок до 2020 года концессионером будет осуществлено строительство и реконструкция ряда объектов санаторно-курортного комплекса. 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. Общая стоимость проекта – 850 млн рублей. Целевая эксплуатация с 2021 по 2046 год предполагает 488,2 тыс. услуг доврачебной помощи и 21,5 тыс. услуг санаторно-курортной помощи каждый год, что должно привести к повышению качества обслуживания пациентов и эффективности лечения на основе внедрения передовых технологий и оборудования.

Другой пример эффективного взаимодействия государства и частного бизнеса в лице ООО «Региональная диагностическая лаборатория» – это проект по реконструкции и эксплуатации трех объектов лабораторного комплекса по проведению исследований на территории Волгоградской области. Соглашение было подписано в июне 2016 года. Согласно соглашению, проект, затраты на который составят 740, 852 млн руб., предполагает реконструкцию и оснащение трех клинических лабораторий на территории Волгоградской области. На правах концессионного соглашения будет обеспечено оказание спектра лабораторных исследований (гематологических, биохимических, коагулологических, иммуно-хемилюминесцентных, микробиологических и исследований методом ПЦР) в рамках базовой и территориальной программы ОМС до окончания действия соглашения (2033 год).

В рамках развития онкологической помощи населению реализуется строительство ПЭТ-центра в формате государственно-частного партнерства. Центр будет оснащен современным оборудованием, в том числе и позитронно-эмиссионным томографом с возможностью производства радиофармпрепаратов. ПЭТ-центр будет рассчитан на более чем 7 тысяч исследований в год. Первого пациента планируется принять уже в 2023 году. В новом центре планируется создание циклотронно-радиохимического комплекса для производства радиофармпрепаратов, в том числе «ультракороткоживущих», что в настоящее время является ведущим и перспективным направлением в лечении онкологических заболеваний. По заявлению представителя «МедИнвестГруппы» данный

проект реализуется в соответствии с планами экспансии в регионы. Сегодня жителям нашего региона для получения услуги ПЭТ/КТ приходится уезжать в другие города, что, несомненно, сказывается на качестве оказываемой медицинской услуги [3, 4].

Таким образом, подводя итог всему вышесказанному, мы можем с уверенностью сказать, что развитие государственно-частного партнерства в нашем регионе благоприятно сказывается на развитии системы здравоохранения. 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. Рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства. Лучшие практики, 2018. [Электронный ресурс] // Министерство экономического развития Российской Федерации. – Режим доступа: https://www.economy.gov.ru/material/departments/d18/gosudarstvenno_chastnoe_partnerstvo/metodicheskoe_i_informacionnoe_soprovozhdenie_sfery_gosudarstvenno_chastnogo_partnerstva/rekomendacii_po_realizacii_proektov_gosudarstvenno_chastnogo_partnerstva_luchshie_praktiki_2018.html (дата обращения: 10.09.2020)
2. Развитие здравоохранения в Волгоградской области [Электронный ресурс] // Комитет здравоохранения Волгоградской области. – Режим доступа: <http://volgazdrav.ru/index.php/programmy/programma-razvitiya-zdravookhraneniya/otchjoty.html> (дата обращения: 10.09.2020)
3. VADEMECUM [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2019/04/12/viktor-khritonin-vlozhit-1-mlrd-rublej-v-tsentr-yadernoy-meditsiny-v-volgograde/> (дата обращения: 10.09.2020)
4. Нацпроект «Здравоохранение»: в Волгоградской области продвигается строительство современного корпуса онкодиспансера [Электронный ресурс] // Комитет строительства Волгоградской области. – Режим доступа: <https://oblstroy.volgograd.ru/current-activity/cooperation/news/271580/> (дата обращения: 10.09.2020)

5. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ

УДК 616.006.04:316.443 (470)

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ КАК ПРЕДИКТОР КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА

Юрий Геннадьевич Анников
аспирант

Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского
научные руководители: д. м. н., профессор И. Л. Кром,
д. м. н., профессор М. В. Еругина

Согласно эпидемиологическим исследованиям частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в РФ составляет приблизительно 4–6 случаев на 1000 населения, или 400–600 тыс. случаев в год. Летальность в результате ЧМТ достигает 0,2–0,4 на 1 тыс. населения, инвалидизация – 30–35 на 100000 населения [1].

Вопросы прогноза в отдаленном периоде ЧМТ имеют важные клиническую и социальную значимости [3]. Выявление больных с высоким риском неблагоприятного исхода позволит предпринимать своевременные действия в ранние сроки после травмы и предупреждать формирование последствий ЧМТ, а также связанной с ними нагрузки на экономику [4].

Изучение предикторов прогноза после перенесенной ЧМТ позволяет составить более полное представление о больном, дать более точный прогноз и, опираясь на это, разработать программу необходимых и своевременных реабилитационных вмешательств. Изучение предикторов прогноза может помочь также в оценке качества медицинской помощи [3, 5].

В настоящее время как в российской, так и зарубежной медицинской литературе существует малое количество работ, в которых

проводился бы комплексный анализ различных факторов, определяющих клинический и социальный прогноз пациентов с последствиями ЧМТ. Несмотря на значимые успехи, в последнее время в изучении биомаркеров ЧМТ, помогающих в постановке диагноза и прогнозировании медицинского исхода, клинический прогноз у пациентов с перенесенной ЧМТ требует комплексного анализа множества факторов, включающих показатели до и после травмы в психологической и социальной сферах, наличие стрессоров (физическая боль и дискомфорт, ограничение уровня независимости, финансовых ресурсов, низкие доступность и качество медицинской и социальной помощи, отсутствие возможностей для полноценного отдыха, низкое качество окружающей среды, проблемы с транспортом) в повседневной жизни и т. д. [6]. Данные факторы, согласно академику РАН Решетникову А.В., входят в дефиницию «качество жизни».

Качество жизни – это совокупность материальных, социальных, демографических и т. п. условий жизни и уровень их развитости. Качество жизни можно определить и как субъективное восприятие и оценку своей жизни [7].

Таким образом, в настоящее время существует потребность в исследованиях, доказывающих зависимость клинического исхода у больных с последствиями ЧМТ от показателей качества жизни (качество жизни как предиктор клинического прогноза). Данные исследования в перспективе могут помочь разработать программы необходимых и своевременных реабилитационных вмешательств для данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шкловский В. М. Нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы [Текст] / В. М. Шкловский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2015. – № 115 (3). – С. 75–81.
2. Maas A. I., et al. Predicting outcome after traumatic brain injury [Text]. In: Handbook of Clinical Neurology, Traumatic Brain Injury, Part II, ed. by J Grafman and AM Salazar. Elsevier B.V. – 2015; vol. 128 (3rd series). – P. 455–474.
3. Lingsma H. F., Cnossen M. C. Identification of patients at risk for poor outcome after mTBI [Text] // Lancet Neurol. – 2017. – № 16 (7). – P. 494–495.
4. Rassovsky Y., Levi Y., Agranov E., et al. Predicting long-term outcome following traumatic brain injury (TBI) [Text] // J Clin Exp Neuropsychol. – 2015. – № 37 (4). – P. 354–366.

5. Nelson L. D., Tarima S., LaRoche A. A., et al. Preinjury somatization symptoms contribute to clinical recovery after sport-related concussion [Text] // *Neurology*. 2016. – № 86. – P. 1–8.

6. Решетников А. В. Социология медицины [Текст]: учебник. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.

УДК 614.2(09)

ИЗ ОПЫТА СТАНОВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АНГЛИИ В XIX ВЕКЕ

Любовь Ивановна Белова

к. и. н., доцент

Ирина Валерьевна Чернышева

к. филос. н., доцент

Волгоградский государственный медицинский университет

Промышленный переворот в Англии второй половины XVIII века превратил эту страну в «мастерскую мира» и способствовал созданию в ней государственной системы здравоохранения, поскольку в условиях индустриального общества здоровье квалифицированного рабочего является важным производственным фактором. Последствиями быстрых темпов промышленного развития и урбанизации городов стали: профессиональные болезни и высокий процент травматизма работников на производстве, миграция населения и ухудшение жилищных условий вследствие отсутствия городской инфраструктуры, низкий уровень санитарно-гигиенических норм и вспышки эпидемий. Значительное внимание решению данных проблем в XIX веке стали уделять не только врачи и ученые, но также чиновники и политики. Обсуждение состояния общественного здоровья вышло на государственный уровень в целом ряде стран: Англии, Германии, Америке, России и др. В данной статье рассматривается процесс становления системы общественного здравоохранения в Англии, анализируются основные этапы, разработка и развитие законодательной базы системы здравоохранения. Во многих отношениях общественное здравоохранение,

именно как забота государства о здоровье своих граждан, складывается в рассматриваемую эпоху.

Состояние здоровья населения является важнейшим показателем материального благополучия и необходимым условием процветания любой нации. Начиная с XIX века внимание к общественному здоровью становится неотъемлемой частью государственной политики многих европейских государств. Развитие общественного здравоохранения в Англии в рассматриваемый период было во многом связано с промышленной революцией, определившей бурное экономическое и социальное развитие. Идеи просвещения: гражданственность, рациональность и ценность индивидуальности, царившие в обществе, стали идейной основой становления системы здравоохранения.

Основная цель исследования состоит в комплексном анализе процесса становления системы общественного здравоохранения Англии в XIX веке и создания законодательной базы здравоохранения в контексте процессов социально-экономического развития индустриального общества.

Основными методами исследования являются компаративный, структурно-систематический, которые позволяют установить особенности становления английской системы здравоохранения и ее основные принципы. Герменевтический метод интерпретации нарративных источников позволяет систематизировать материал для сравнительного анализа и получения новых сведений по рассматриваемой проблеме.

В результате системно-аналитического исследования скорректированы исторические причины процесса становления системы здравоохранения Англии как следствие промышленного переворота; выявлены основные движущие силы этого процесса, определена роль общественных деятелей и организаций в разработке законодательной базы, установлены социальные факторы, влияющие на здоровье населения.

На основе изучения иностранных источников авторами были проанализированы социально-гигиенические последствия промышленного переворота, выявлены основные причины, повлиявшие на изменение вектора социальной политики Англии в области здравоохранения в XIX веке; определены основные движущие силы процесса

становления общественного здравоохранения, обозначено значение созданной системы здравоохранения, ее место и роль в социальной политике викторианского общества.

В начале XIX века английский философ Джереми Бентам и его ученики разработали философию утилитаризма, которая обеспечила теоретическую основу, как для политики здравоохранения, так и более для широкой социальной политики. Одна из идей заключалась в том, что сокращение смертности и улучшение здоровья населения имеют экономическую ценность для общества, поскольку здоровые работники способны внести свой вклад в развитие экономики государства.

Англия в рассматриваемый период являлась развитым капиталистическим государством. Рост промышленных предприятий привел к появлению новых рабочих мест и, как следствие, массовой миграции в города населения из сельской местности и других стран: Китая, Ирландии, Восточной Европы и России [11]. Резкое увеличение численности городского населения вызвало ухудшение экологической и санитарной обстановки в таких крупных промышленных центрах городов, как Лондон, Манчестер, Бирмингем, Ливерпуль, что губительно сказалось на здоровье их жителей.

По статистическим данным население Лондона выросло с 950 000 человек в 1800 году до 6 000 000 в 1900 году [1]. Будучи промышленным и торговым центром, город отличался высокой концентрацией предприятий и скученным расселением рабочих, которые часто проживали в тесных, неблагоустроенных помещениях. В южной части столицы располагались вредные производства: кожевенные заводы, лесозаводы, фабрики по производству уксуса, красителей, мыла и сала [8]. Условия труда там были тяжелыми, и здоровье работников подвергалось серьезному риску из-за токсического воздействия тяжелых металлов, пыли и растворителей, недостаточной вентиляции помещений, частых аварий на производстве.

Работодатели-промышленники не заботились о здоровье своих работников, поэтому большинство из них страдали от профессиональных заболеваний. Так шахтеры мучились от астмы и туберкулеза, развивающихся вследствие вдыхания угольной пыли, женщины и девушки, изготавливающие спички, нередко страдали от некроза челюсти,

вызванного фосфором, работники ковровых заводов заражались сибирской язвой, а профессиональной болезнью трубочистов был рак кожи от постоянного воздействия сажи, насыщенной канцерогенными веществами. Работники прядильных фабрик страдали от множества легочных заболеваний: бронхита, астмы, туберкулеза, а также кожных и глазных инфекций.

Изнуряющий физический труд по 12–16 часов в сутки, профессиональные заболевания, низкий уровень санитарии и гигиены, отсутствие качественного жилья и медицинской помощи, плохое питание, высокая плотность населения и быстрое распространение эпидемических заболеваний приводили к высокой смертности среди городского населения. В период с 1831 по 1844 годами смертность на тысячу человек увеличилась в Бирмингеме с 14,6 до 27,2, в Бристоле с 16,9 до 31 и в Ливерпуле с 21 до 34,8 [1]. Эти цифры являются показательным результатом урбанизации городов.

В иерархии социальных интересов масс потребности благополучия и безопасности имеют доминирующее значение. Неспособность государства удовлетворить эти первостепенные нужды населения приводит к тотальному недовольству политикой государства. Именно поэтому охрана общественного здоровья занимала отдельное место среди социальных проблем британского общества в XIX веке. Правительство страны понимало необходимость решения социальных вопросов, и правящие партии прилагали к этому определенные усилия. Так, комиссия по правам бедных, созданная в 1834 году, изучила проблемы общественного здравоохранения и предложила пути их решения. В докладе, опубликованном в 1838 году, утверждалось, что «расходы, необходимые для принятия и поддержания мер профилактики, в конечном счете, составят меньше, чем расходы на болезнь, которая в настоящее время постоянно порождается» [10].

В 1842 году сэр Эдвин Чедвик, социальный реформатор, опубликовал доклад под названием «Доклад о санитарных условиях трудового населения Великобритании», доказывающий, что продолжительность жизни в городах была намного ниже, чем в сельской местности. Он утверждал, что правительство может улучшить жизнь людей с помощью реформ и считал, что более здоровое население сможет работать усерднее. Чедвик пришел к выводу, что для поддержания здоровья

населения требуется не больше врачей, а больше инженеров-строителей, которые смогли бы обеспечить дренаж улиц, разработать более эффективные способы доставки чистой воды, удаления сточных вод и других вредных веществ [7]. Именно Чедвик содействовал созданию центрального управления общественного здравоохранения, которое занималось вопросами канализации, удаления мусора, регулирования жилищного строительства и правил, касающихся профессиональных заболеваний.

Доклад Чедвика дал толчок созданию ряда обществ и «групп давления», таких как «Ассоциация по улучшению жилищ промышленных рабочих», ассоциация «Здоровье городов» и других, состоящих из политиков, государственных служащих и социальных реформаторов, лоббировавших парламент. Благодаря усилиям этих обществ было приняты следующие меры: введены штрафы землевладельцам за нарушение санитарных норм, создано эпидемиологическое общество в Лондоне, состоящее из местных врачей, которые представляли доклады, связанные с проблемами общественного здравоохранения.

Главным итогом деятельности Чедвика и различных ассоциаций стал закон «Об общественном здравоохранении», принятый 1848 году. В соответствии с этим законом был учрежден Генеральный совет здравоохранения, который должен был давать указания и оказывать помощь местным властям, чья деятельность прежде была затруднена отсутствием центрального органа, ведающего вопросами санитарии. Совет был уполномочен учреждать местные Советы по вопросам здравоохранения и рассматривать санитарные условия в отдельных районах. Было принято несколько законов о здравоохранении, регулирующих очистку сточных вод и удаление отходов, содержание животных, водоснабжение, профилактику и борьбу с инфекционными болезнями, регистрацию и инспектирование частных домов престарелых и больниц, уведомление о рождении детей и предоставление услуг по охране материнства и детства.

С 1859 по 1875 в Лондоне шло строительство системы канализации, открывались общественные уборные, проверялось качество воды. Для борьбы с оспой появились профессиональные бригады дезинфекторов, которые собирали личные вещи больного и подвергали их термической

обработке в специальной печи, а с 1853 года началась всеобщая принудительная вакцинация от оспы. Принимаемые санитарные меры: систематическая очистка городов, хорошее водоснабжение и надлежащая система канализации привели к снижению смертности от эпидемий. Если в 1849 году в Англии умерло от холеры 53203 человека, то в 1866 году 14378 человек [1].

Для сравнения рассмотрим санитарное состояние русских городов в XIX веке. Так, в 70-х годах водопровод был в 37 городах России, канализация – в одном; в 80-х годах водопровод был в 70 городах, канализация – в 4; в 90-х годах водопровод был в 111, канализация – в 8 городах. В Москве канализация была построена только в 1898 году. Водопровод отсутствовал в десятках крупных городов страны. Да и там, где он был, к водопроводной сети было подключено не более 10 % домов [4].

Интересно отметить, что многие из сторонников «санитарной идеи», включая Эдвина Чедвика, были сторонниками идеи «миазмов», и верили, что болезнь вызывается зловонными парами, поэтому настаивали на очистке окружающей среды. Сторонницей теории миазмов была и Флоренс Найтингейл, которая была убеждена, что неприятные запахи должны быть устранены тщательной уборкой, поэтому работая в госпиталях в период Крымской войны, Флоренс добилась значительных результатов в борьбе с инфекционными болезнями.

Среди социальных болезней, которыми страдало британское общество XIX века, лидирующее место занимали венерические заболевания. Несмотря на пуританскую мораль в викторианскую эпоху, в Лондоне и других крупных городах процветал рынок сексуальных услуг. Неслучайно именно Лондон, а не Амстердам, был известен кварталами «красных фонарей». Снисходительное отношение викторианцев к проституции вызвало стремительный рост венерических заболеваний. Медицинская наука была бессильна перед лицом новой эпидемии. Врачи даже не знали, что гонорея и сифилис – два разных заболевания: они считали первую просто ранней стадией второй и лечили то и другое ртутью, что было болезненно, длительно и зачастую неэффективно [6]. Только в Лондоне в 1856 г. в трех главных больницах проходили лечение от венерических болезней около 30000 человек (мужчин и женщин) [2]. Британское правительство,

напуганное эпидемией венерических болезней, особенно среди военных, издало Законы об инфекционных заболеваниях 1864, 1866 и 1869 гг., но эти меры не смогли решить существующую проблему [3]. С 1864 года «известные проститутки», работавшие вблизи портов и гарнизонов, у которых были обнаружены венерические заболевания, могли подвергаться принудительному задержанию и лечению, но из-за возражений общественности закон был отменен через 10 лет [9].

Ежегодная детская смертность в Англии составляла 50000 детей, причем почти 21 000 – это дети до 10 лет. Плохое питание, недостаток витаминов, отсутствие медицинского надзора становились причиной ранней детской смертности. Часто детские сады становились рассадником таких детских болезней, как корь, эпидемический паротит, дифтерия, скарлатина, краснуха. В богатых семьях ранняя смерть ребенка тоже не была исключением. Дети имели слабый иммунитет, и одной из причин тому было нежелание дам из высшего общества кормить грудью своих детей [9]. И хотя материнское молоко способствует укреплению иммунной системы младенцев, многие мамочки сразу после рождения передавали детей кормилицам [5]. В 1851 году в Лондоне была открыта первая детская больница, хотя ни одного детского врача в столице не было. Огромную роль в сборе средств для больницы сыграли писатель Чарльз Диккенс и драматург Джеймс Барри, который даровал заведению авторские права на свое произведение «Питер Пэн».

Таким образом, для решения проблем общественного здоровья в Англии в XIX веке была создана необходимая законодательная база, выделены значительные средства на нужды здравоохранения, на государственном уровне была реализована «санитарная идея», которая привела к снижению смертности от таких заболеваний, как туберкулез, холера, оспа. Стали появляться больницы для рабочих и бедняков, были открыты клиника женских болезней и детская больница. Эти медицинские учреждения существовали за счет государства и благотворительных организаций. Начиная с 1852 года стали неуклонно повышались стандарты врачебной этики. Значительную роль в этом процессе играли публикации в еженедельном журнале Томаса Уокли

«Ланцет», которые вначале отражали факты злоупотребления, шарлатанства и некомпетентности среди медицинского персонала, а затем охватили многие проблемы здравоохранения. Все описанные меры привели к формированию весьма эффективной для своего времени системы общественного здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гигиена улиц в городах Европы [Текст] / пер. с нем., фр. и англ. д-ра О. А. Домбровского. – Варшава: типог. К. Ковалевского, 1899. – 92 с.
2. Белова, Л. И. К вопросу о формировании общественной системы здравоохранения [Текст] / Л.И. Белова, И.В. Чернышева // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2018. – № 1 (57). – С. 3–5.
3. Чернышева, И. В. О медицинской культуре в викторианской Англии [Текст] / И. В. Чернышева // Гуманитарное образование и медицина. Сборник научных трудов. – Волгоград: ВолГМУ, 2011. – С. 34–41.
4. Чернышева, И. В. Общественное здоровье в XIX веке [Текст] / И. В. Чернышева, Л. И. Белова // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2019. – С. 87–89.
5. Чернышева, И. В. Исторические источники века XIX века о женском здоровье и моде [Текст] / И.В. Чернышева, И.К. Черемушникова, И.А. Петрова // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. – 2017. – № 6 (119). – С. 152–156.
6. Чернышева, И. В. Врачи о проблемах женского здоровья на рубеже XIX–XX веков [Текст] / И. В. Чернышева // В сборнике: История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции. – М., 2016. – С. 52–61.
7. A Brief History of Public Health [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/PH/PublicHealthHistory/PublicHealthHistory_print.html (дата обращения 29.08.2020)
8. Bruce Robinson London: A Modern Babylon [Электронный ресурс] // BBC. – 2011.02.17 – Режим доступа: https://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/london_modern_babylon_01.shtml (дата обращения 31.08.2020)
9. Liza Picard. Health and hygiene in the 19th century [Электронный ресурс]. 2009. – Режим доступа: <https://www.bl.uk/victorian-britain/articles/health-and-hygiene-in-the-19th-century#authorBlock1> (дата обращения 20.08.2020)
10. National developments in the 18th and 19th centuries [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.britannica.com/topic/public-health/National-developments-in-the-18th-and-19th-centuries> (дата обращения 30.08.2020)
11. Tim Lambert 19TH CENTURY LONDON [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.localhistories.org/london19th.html> (дата обращения 15.08.2020)

УДК 65.01

ГИБКОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Игорь Валерьевич Беспалов

магистрант, начальник информационно-аналитического отдела

ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2»

Ирина Валерьевна Днепровская

к. э. н., доцент

Волгоградский государственный медицинский университет

Государственные учреждения здравоохранения должны идти в ногу со временем, использовать все возможные современные технологии и механизмы управления. Проектный метод управления является одним из перспективных в части ключевого в определенных межструктурных процессах учреждения. Проектный метод позволяет распределить ресурсы учреждения более эффективным способом. Гибкое управление как технология при использовании проектного метода также способствует развитию системы управления, формирует систему горизонтального взаимодействия, ориентирует персонал на более быстрое и качественное достижение поставленных задач, а как следствие, способствует совершенствованию организационной структуры учреждения и улучшению качества предоставления медицинских услуг.

Учитывая основную задачу медицинской организации – оказание медицинских услуг для населения, основным подразделением в структуре поликлиники является подразделение, оказывающее непосредственно данные услуги – консультативно-диагностическое, в зависимости от прикрепленного населения, а как следствие объема услуг, определенных для той или иной медицинской организации, количество отделений варьируется.

Цель работы – определение возможности использования гибких методов управления в условиях государственного бюджетного учреждения здравоохранения.

Для примера мы будем рассматривать ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2», в структуре которого есть 3 консультативно-диагностических отделения, а также отделение организации помощи

несовершеннолетним детям. Также в структуре учреждения работают подразделения, оказывающие сопутствующие медицинские услуги, такие как клиничко-диагностическая лаборатория, профилактическое отделение. Данные подразделения являются ключевыми и определяют потенциал организации, который, в свою очередь, определяет достижение одной из основных задач – оказание медицинских услуг.

Для обеспечения деятельности медицинской организации в структуре управления существуют подразделения, выполняющие косвенные задачи, если говорить об организации медицинской помощи. Эти подразделения можно отнести к подразделениям, носящим административно-управленческие функции для системы управления учреждением в целом. Таким образом, для обеспечения работы учреждения, выполнения им его основной функции, в зависимости от организационных особенностей, можно выделить такие подразделения и сектора, как хозяйственное, техническое, информационное, кадровое, финансовое, документоведческое, автотранспортное, регистратуру.

Управление подразделениями осуществляется преимущественно вертикально, что обусловлено квалификационными и компетентностными особенностями кадрового потенциала, а также нормативно-правовыми актами регионального, федерального уровней, регламентирующими деятельность медицинской организации. Горизонтальное управление также возможно, но при условии применения проектных методов в рамках реализации конкретных проектов. Стоит также отметить, что эффективное горизонтальное управление возможно при наличии слаженной корпоративной культуры, высокого уровня межличностных и профессиональных коммуникаций.

Говоря о применении проектного подхода, отметим его преимущества [1]:

1. Упорядоченность процессов.
2. Повышение профессиональных и социальных компетенций сотрудников и руководства.
3. Гибкость и адаптивность метода.
4. Прозрачность и открытость.

Социально-экономическая обстановка, особенности финансирования, кадровые проблемы являются неотъемлемой частью деятельности любой организации, в том числе и медицинского учреждения. Скорость происходящих событий настолько высока, что долгосрочное

планирование, откладывание реализации идей и решений могут существенно повлиять на конечные результаты реализации проектов, либо вовсе привести к недостижению результатов, что выразится в неэффективности расходования средств и использовании ресурсов.

Соответственно в современном менеджменте при реализации краткосрочных проектов наиболее активно используется гибкое управление, а также специальные техники, такие как Agile, Scrum, Kanban, бережливое развитие, RPD (быстрая разработка продукции) [2].

Одной из отличительных особенностей метода гибкого управления является планирование и составления графика работ методом «набегающей волны», таким принципом планирования, в основе которого лежит последовательное планирование работ, постоянная корректировка графика, относительно получаемых промежуточных результатов, а также глубокой и детальной иерархической разбивки работ.

Все методы гибкого управления одинаковы в принципах, на которых они ориентируются:

- Основной принцип работы по проекту – ориентация на потребителя и на ту ценность продукта, либо услуги, которую он составляет для заказчика.

- Сдача результатов по проекту происходит поэтапно, соответственно каждый этап работ является конечным продуктом, пусть не целостным, но законченным.

- Тестирование продукта, услуги происходит в процессе его подготовки, а не по завершению проекта.

- Распределение ролей и обязанностей в команде проекта происходит самими же ее членами

- Члены команды постоянно совершенствуют свои компетенции.

Выбор использования методов гибкого управления зависит от многих факторов, и лежит полностью на плечах руководителя учреждения либо руководителя проекта, в числе которых: глубокий анализ существующих ресурсов, анализ объема работ, соответствие целей проекта, затраченным ресурсам, квалификация проектной команды.

Использование методов гибкого управления в условиях государственного учреждения здравоохранения позитивно влияет на эффективность межструктурных процессов, процессов, связанных с взаимодействием с внешней средой. Данный вывод основывается на особенностях

скорректированного способа управления, взаимодействия персонала между подразделениями, постоянного повышения уровня квалификации персонала, в том числе и немедицинского.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Управление проектами [Текст] : учебник / И. И. Мазур, В. Д. Шапиро, Н. Г. Ольдерогге. – М.: Издательство «Омега-Л», 2008. – 405 с.
2. Руководство к своду знаний по управлению проектами [Текст] (A Guide to PMBOK). – М., 2004.

УДК 614.2

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Анастасия Сергеевна Иванова

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель старший преподаватель Н. М. Легенькова*

Проблема здравоохранения и здоровья населения будет актуальной всегда. Во многих странах растет продолжительность жизни, но в России это совсем не так. Несмотря на то, что процент смертности в нашей стране снижается, если сравнивать с серединой 2000-х годов, он до сих пор значительно выше, чем в ЕС. К основным причинам смерти, связанным с заболеваниями, относят болезни органов кровообращения, эндокринной системы и новообразования. Также на уровень смертности влияют внешние причины: транспортные происшествия, отравления алкоголем, несчастные случаи. В основном люди погибают от внешних причин в рабочем возрасте. Чаще всего смертельные исходы от внешних причин приходятся на мужчин в возрасте от 20–45 лет. После 40 лет у мужчин также зачастую наблюдаются смертельные исходы, связанные с болезнью сердца и кровообращением. На данный момент средний возраст смерти от болезней системы кровообращения и новообразований ниже, чем в странах Европейского Союза у российских мужчин почти на 7 лет, у женщин соответственно на 5,5 лет.

Неудовлетворительная степень финансирования государства здравоохранения приводит к низким расходам в этой отрасли. За последнее время часть расходов на здравоохранение в России составила 5,4 % ВВП, что в 2,7 раза меньше, чем в Соединенных Штатах Америки (15,2 % ВВП), в 1,8 раза меньше, чем в странах ОЭСР (около 9 % ВВП) и в 1,3 раза меньше, чем в странах Восточной Европы. В России общие траты на здравоохранение на душу населения меньше в 2 раза, чем в Чехии, в 1,2 раза, чем в Польше и Эстонии, в 2,1 раза, чем в Венгрии, а показатели развитых стран для России просто недостижимые. В Восточной Европе, так же, как и в России, в начале 90-х годов ВВП упал примерно в 2 раза. Но страны все-таки смогли удержать абсолютные затраты на здравоохранение на должном уровне, поэтому доля этих расходов в ВВП выросла с 3 до 6 %. В дальнейшем эта доля (6 % в ВВП) осталась такой же, и по мере роста ВВП расходы на здравоохранение в этих странах соответственно увеличились. При этом к началу 2000-х годов подушевое финансирование в цифрах увеличилось примерно в 2 раза, что позволило устранить резкое понижение показателей здоровья страны, стабилизировать и даже улучшить эти показатели – уменьшить общий коэффициент смертности до 11,3, а предполагаемую продолжительность жизни увеличить до уровня 75 лет. Это примерные целевые показатели, на которые должна выйти Россия к 2020 году. Между затратами на здравоохранение и уровнем социально-экономического развития государства видна определенная взаимосвязь: чем больше уровень экономического развития страны, тем система здравоохранения в их структуре социальных затрат становится все более затратной.

Также на уровень смертности влияют различные вирусные заболевания. На данный момент в мире наиболее остро стоит проблема с коронавирусом.

Коронавирусы – это вирусы, в том числе по состоянию на май этого года 43 вида РНК-содержащих вирусов, объединенные в два подсемейства, которые заражают млекопитающих, включая людей, птиц и земноводных. Это название связано со структурой вируса, который похож на солнечную корону. Нашу страну это тоже не обошло стороной. В связи с пандемией наблюдается резкое увеличение уровня

смертности. На данный момент в России подтверждено около 477 тыс. заболеваний, связанных с коронавирусом. Из них 231 тыс. выздоровели, а количество летальных исходов приближается к отметке 6 тыс. человек. В США количество зараженных приближается к 2 млн, а количество смертей – 118 тыс. человек. Данный вирус приобрел название COVID-19. Это инфекционное заболевание, вызванное новым, ранее неизвестным коронавирусом. Вирус, вызывающий заболевание COVID-19, передается преимущественно через капли, выделяющиеся из дыхательных путей инфицированного человека при кашле, чихании или дыхании. В среднем по Российской Федерации уровень летальности от новой коронавирусной инфекции в 7,6 раза ниже (среднемирового), по Москве этот показатель ниже, чем в мире, в 6,8 раза. Власти страны принимают необходимые меры для уменьшения случаев заражения коронавирусом. Приостанавливается работа торгово-развлекательных центров, вводится масочный режим, необходимо ношение перчаток. На данный момент вирус идет на спад. Предприняты все меры, чтобы количество смертей, связанных с вирусом, уменьшилось.

Если говорить об уровне смертности, не затрагивая коронавирус, то хотелось бы сказать, что, если вести здоровый образ жизни и придерживаться хорошего питания, то в скором времени процент смертности уменьшится.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Порада Н. Е. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : курс лекций / Н. Е. Порада. – Минск, 2017.
2. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение в России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше? [Текст] / Г. Э. Улумбекова // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 3.
3. Юмагузин В. В. Тенденции смертности от внешних причин смерти в России в 1990–2010 гг. [Текст] : дис. ... к. соц. н. – М., 2013.

УДК 61

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ УЗБЕКИСТАНА

Курбоной Чориевна Нурмамова

старший преподаватель

Ж. А. Ризаев

Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт

В статье рассматривается динамика показателей первичной и общей заболеваемости аллергическим ринитом (АР) среди детей и подростков Республики Узбекистан, которая за период с 2014 по 2018 гг. имеет различную тенденцию. Динамика показателей заболеваемости АР среди подростков с 2014 по 2018 годы имела тенденцию к росту (на 30–40 %), среди детей до 14 лет заболеваемость, наоборот, сократилась практически на 50 %.

В настоящее время во всем мире отмечается рост аллергических болезней, обусловленный, с одной стороны, бурным прогрессом социально-экономических условий жизни, с другой – влиянием экологически неблагоприятных факторов. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время аллергические заболевания занимают по распространенности третье место, и, по прогнозам ВОЗ, эти болезни к 2050 г. займут первое место в структуре заболеваемости. Эпидемиологические исследования аллергических болезней свидетельствуют об их широкой распространенности в различных регионах мира: в среднем от 10 до 30 % населения земного шара страдает различными формами аллергической патологии. При этом отмечается выраженная тенденция к ежегодному увеличению их частоты. Наиболее распространены бронхиальная астма, атопический дерматит, поллинозы, аллергический ринит [2].

Важнейшей целью, стоящей перед обществом и обозначенной в рамках стратегического развития Узбекистана на период с 2017 по 2021 годы, является его безопасное социальное и экономическое развитие. При этом важнейшим фактором национальной безопасности является охрана здоровья населения и в первую очередь здоровье матери и ребенка [4]. Здоровье населения складывается из многих

составляющих и на более чем 70 % зависит от образа жизни населения и экологических факторов. При этом значимость этих факторов из года в год возрастает [3]. В Узбекистане, как и в других странах, нарушение экологической среды, химизация быта, промышленности, сельского хозяйства, широкое применение антибиотиков и других лекарственных препаратов, раннее прекращение грудного вскармливания и применение заменителей грудного молока в питании детей раннего возраста привели к резкому возрастанию числа детей, страдающих теми или иными видами аллергических заболеваний [4]. Аллергический ринит (АР) – IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, вызванное воздействием сенсибилизирующего (причинно-значимого) аллергена и проявляющееся в первую очередь чиханием, зудом, ринореей или заложенностью носа. Распространенность АР в различных климатогеографических и экономических регионах мира варьирует в пределах 1,8–20,4 % (в среднем 8,5 %) у детей в возрасте 6–7 лет и 1,4–33,3 % (в среднем 14,6 %) у детей 13–14 лет [6]. В Узбекистане в период с 2012 по 2014 гг., по данным Д. М. Тураевой с соав. (2015), на диспансерном учете по поводу АР состояло 12,3 % детей и 20,0 % подростков [4].

Материалы и методы исследования. Для изучения динамики общей и первичной заболеваемости АР по областям Узбекистана были использованы данные официальной статистики, поступающие в МЗ Республики Узбекистан по Ф12 и данные, представленные в сборниках «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан» [1]. На основе этих данных были рассчитаны и проанализированы показатели динамического ряда, среднепериодовый уровень и другие статистические величины за пятилетний период с 2014–2018 годы.

В среднем за изучаемый период распространенность АР среди детей Узбекистана в возрасте от 0 до 14 лет составила для показателя общей заболеваемости 644,8 (на 100 000 детей) и 339,4 (на 100 000 детей) для первичной заболеваемости. Как первичная, так и общая заболеваемость АР среди детей за период с 2014 по 2018 годы имела тенденцию к снижению (рис. 1). Наиболее резко уровень обоих показателей снизился в 2016 г. по сравнению с 2015 г., когда темп убыли показателей составил 75,0 % для первичной и 78,7 % для общей заболеваемости АР среди детей младшего возраста. В целом за пятилетие

уровень первичной заболеваемости среди детей снизился в 5,2 раза, а общей – в 4,8 раза.

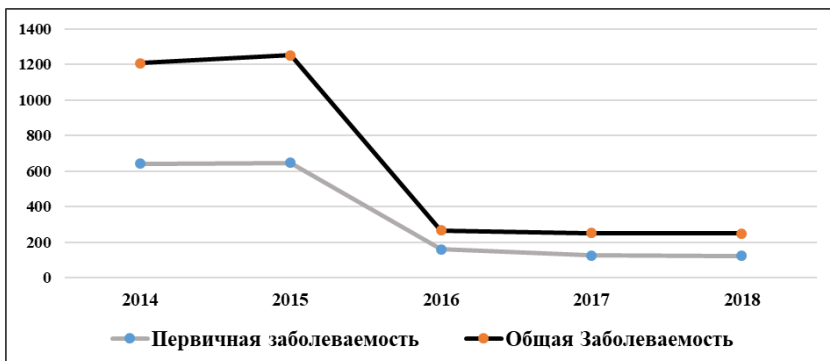


Рис. 1. Динамика первичной и общей заболеваемости аллергическим ринитом детей Узбекистана на 100000 детей в возрасте от 0 до 14 лет

В это же время среди группы подростков 15–18 лет динамика анализируемых показателей имела противоположную картину.

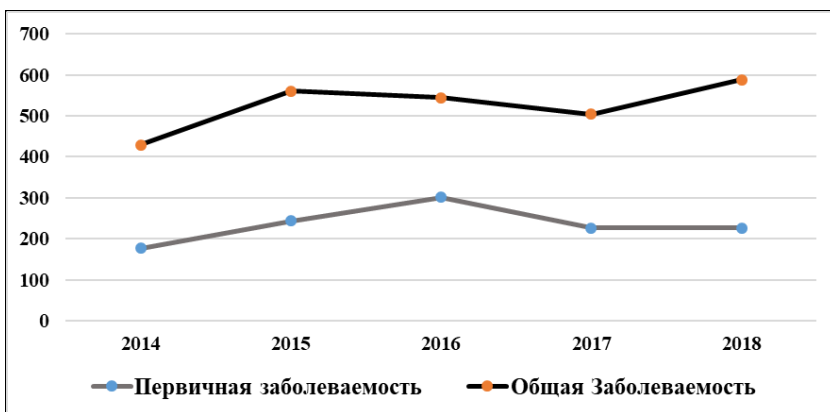


Рис. 2. Динамика первичной и общей заболеваемости аллергическим ринитом подростков Узбекистана на 100000 человек в возрасте от 15 до 18 лет

Среднепериодовый показатель первичной заболеваемости (235,0) и общей заболеваемости (525,3) АР на 100 000 человек подростковой

группы был ниже аналогичных показателей в группе детей до 14 лет в 1,4 и 1,2 раза соответственно. За рассматриваемый период (рис. 2) уровень первичной заболеваемости среди подростков вырос в 1,3 раза, а общей – в 1,4 раза. Наиболее резко первичная и общая заболеваемость среди подростков возросла в 2015 г. по сравнению с 2014 г., когда темп прироста показателей составил соответственно 37,9 и 30,5 %.

Для объяснения факта такого расхождения в тенденции показателей заболеваемости АР среди детей и подростков требуется более детальное изучение сопутствующих факторов. Однако снижение детской заболеваемости при росте подростковой может свидетельствовать о низкой выявляемости АР у детей более младшего возраста и выявлении его уже в подростковом возрасте.

Рассматривая общую распространенность АР по областям Узбекистана (рис. 3) среди детей до 14 лет, необходимо отметить, что наиболее высокий показатель отмечается в Андижанской, Сурхандарьинской и Хорезмской областях, где пятилетний среднепериодовый показатель превышал республиканский уровень в 1,5; 1,3; и 1,2 раза соответственно, по всей вероятности, это связано с климатогеографическими и экологическими особенностями этих наиболее жарких и засушливых областей.

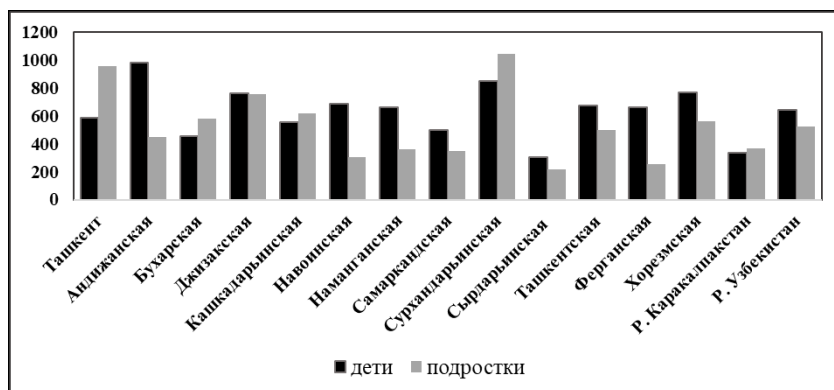


Рис. 3. Среднепериодовый показатель общей заболеваемости аллергическим ринитом детей подростков на 100 000 человек соответствующего возраста по областям Узбекистана

Первичная заболеваемость АР детей до 14 лет также превышает среднепериодовый показатель по стране в Андижанской области в 2 раза, а в Сурхандарьинской – в 1,5 раза. Наиболее низкие показатели общей заболеваемости АР в среднем за последнее пятилетие среди детей отмечались в следующих регионах: Сырдарьинская область на 53 % ниже среднереспубликанского уровня, Р. Каракалпакстан на 47 %, Бухарская область ниже на 30 %. Такие низкие показатели могут быть связаны не только с более благоприятным климатом в Сырдарьинской области, но и с более низкой выявляемостью АР. В качестве альтернативы здесь может быть приведен среднепериодовый показатель общей заболеваемости в г. Ташкенте, где сосредоточена основная масса лечебно-диагностических комплексов и наиболее высокая медицинская активность населения, он составил 585,0 на 100 000 детей, что выше показателей в указанных областях в 1,9; 1,7 и 1,3 раза.

Среди подростков 15–18 лет наиболее высокие показатели общей заболеваемости АР отмечались в Сурхандарьинской, Джизакской областях и в г. Ташкенте, где они превысили среднереспубликанский уровень в 2,0; 1,8 и 1,3 раза. А наиболее низкие показатели отмечены в Сырдарьинской, Ферганской и Навоинской областях, где они ниже средних показателей по стране на 59; 51 и 49 % соответственно.

Таким образом, среднепериодовый пятилетний показатель первичной и общей заболеваемости аллергическим ринитом среди детей до 14 лет составил 339,4 и 644,8 (на 100000 детей), а среди подростков 235,0 и 525,3 (на 100 000 подростков) соответственно. Динамика показателей среди подростков с 2014 по 2018 годы имела тенденцию к росту (на 30–40 %), среди детей до 14 лет заболеваемость наоборот сократилась практически на 50 %. Наиболее неблагоприятные и высокие показатели заболеваемости аллергическим ринитом отмечались в Андижанской, Сурхандарьинской, Хорезмской, Джизакской областях и в г. Ташкенте, а наиболее низкие показатели в обеих группах были отмечены в Сырдарьинской, Бухарской, Ферганской областях и в Республике Каракалпакстан. Все это требует более детального изучения факторов риска развития данной патологии и качества медицинского обслуживания в указанных регионах для выяснения причин данного различия в показателях и разработки мер профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан [Текст] : Статистические сборники. – Ташкент, 2015–2019.
2. Баранов, А. А. Детская аллергология [Текст] : Руководство для врачей / А. А. Баранов, И. И. Балаболкин – М., 2006.
3. Лисицын, Ю. П. Концепция факторов риска и образа жизни [Текст] / Ю. П. Лисицын // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. – № 3. – С. 49–52.
4. Тураева, Д. М. Распространенность аллергических заболеваний у детей, проживающих в промышленных городах (по данным анкетирования) [Текст] / Д. М. Тураева, Б. Т. Халматова // Научно-исследовательские публикации. – 2015. – № 11 (31). – С 51–54.
5. Указ Президента Республики Узбекистан «О Государственной программе по реализации Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах (в Год поддержки активного предпринимательства, инновационных идей и технологий)» от 22.01.2018 [Текст] // Национальная база данных законодательства, 16.10.2017 г., № 06/17/5204/0114, 31.07.2018 г., № 06/18/5483/1594.
6. Ant, K. Global map of the prevalence of symptoms of rhino-conjunctivitis in children. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood ISAAC Phase Three [Text] / Ant K., Pearce N., Anderson H. R. // Allergy. – 2009. – 64. – P. 123–148.

УДК 316.3+316.4.051

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА

Екатерина Викторовна Шишкина

доцент, к. фил. н.

Вячеслав Игоревич Чумаков

доцент, к. п. н.

Волгоградский государственный медицинский университет

Статья посвящена изучению субъективной оценки жителей Волгограда и Волгоградской области своего социально-экономического положения в условиях самоизоляции и пандемии коронавируса в период весна-лето 2020 г. Авторами осуществлен социологический опрос, включающий в себя не только вопросы экономического характера, но также психо-социальные аспекты мер ограничения передвижения и минимизации социальных контактов. Затронута тема информирования граждан по различным мерам инфекционной безопасности и доверия населения официальным масс-медиа. В современной науке феномен

пандемии и связанный с ней механизм самоизоляции является крайне малоизученным вследствие редкости данного явления, особенно для стран Запада [1, 2]. В настоящее время учеными прилагаются усилия по оценке влияния пандемии коронавируса на экономику, политические процессы, духовную жизнь и демографические тенденции [1]. Вполне очевидно, что последствия этого глобального события будут длительными и широкомасштабными, оценить которые в полной мере – дело будущего. Уникальность данного события заключается в том, что современное человечество еще не сталкивалось с подобным, и ни у одной из стран нет полной готовности к такому явлению.

Разумеется, борьба с коронавирусом – это затратная задача государства. При ее решении меняются все правила игры в экономике, государственная экономика будет только расширяться в своих позициях, и в этих условиях на первый план выйдут вопросы занятости, минимального гарантированного дохода, создания единой государственной ИТ-инфраструктуры. Поэтому в центре внимания будет оставаться устойчивый бюджет и его стабильное наполнение за счет налоговых поступлений, а также удовлетворение основных потребностей населения. А самым важным станет ответ на вопрос, как то или иное государство сможет обеспечить приемлемое существование для большинства населения, не полагаясь на частный бизнес как на основной ресурс [3]. Пандемия способна обострить имеющиеся социальные противоречия и породить новые. Сложным во время пандемии является положение прекариата (людей с временной, неустойчивой, сезонной трудовой занятостью), студенческой молодежи, у которой нет поддержки родителей, одиноких пожилых людей, маломобильных инвалидов, особенно в отдаленных районах сельской местности.

Методом исследования для данного вида научной работы был выбран опрос в форме анкетирования. Опрос проходил в период апрель-июнь 2020 г., анонимно, что позволило объективно отнестись к формированию и анализу полученных результатов. В опросе приняли участие 115 человек, из них 80 % женского пола и 20 % мужского пола. Более 60 % опрошенных представляют возрастной диапазон от 25 до 42 лет. Это представители среднего возраста, имеющее, как правило, семью. Данная возрастная категория оказалась под ударом вследствие карантинных мер (потеря работы, финансовые трудности, ответственность за нетрудоспособных членов семьи). На вопрос о строгости

соблюдения изоляционных мер более одной трети опрошенных заявили, что покидают пределы жилища только с целью покупки необходимых продуктов питания и медикаментов. 27,5 % посещают свои рабочие места, каждый пятый выходит в магазины и совершает прогулки в пределах придомовой территории, 11 % не соблюдают режим самоизоляции, около 2 % не выходят из дома совсем. При этом 44 % респондентов используют всевозможные средства противозидемической защиты (маска, перчатки, антисептик, жидкое мыло). Данные опроса говорят о том, что население достаточно серьезно относится к пандемии, покидает дома только в случае крайней необходимости (к которым относится покупка продовольствия), прибегая при этом ко всем доступным средствам защиты. В период самоизоляции люди столкнулись с рядом финансовых проблем. Отмечено падение экономической активности граждан. Анализируя данные анкетирования, можно сделать вывод, что более половины опрошенных сократили свои текущие расходы, чтобы не втягивать себя в кредитные отношения. Однако при сложившейся социально-экономической ситуации большая часть населения не имеет возможности откладывать сбережения, доходов хватает лишь на покрытие необходимых затрат (продукты питания, коммунальные платежи, медикаменты). Практически каждый второй житель г. Волгоград и Волгоградской области (49,5 %) уверен в необходимости прямых денежных выплат для всех слоев населения, 40,8 % респондентов утверждают, что финансовая поддержка должна быть оказана только узкому кругу нуждающихся, а 9,7 % отрицают необходимость безвозмездных финансовых выплат, полагая, что они только ускорят процесс инфляции. Также вызывает интерес, какую работу смогли найти граждане во время пандемии. Опрос показал, что подавляющее большинство (55 %) нашли удаленную работу.

Таким образом, в сложившейся ситуации государством предпринимаются меры по поддержке семей с детьми, семей, в которых родители потеряли работу или устойчивый доход, малообеспеченных граждан, а также медиков, работающих с пациентами с коронавирусом. Однако согласно результатам опроса население считает помощь со стороны государства недостаточной и не реализованной в полной мере. Положительным результатом мы считаем, что 62,3 % респондентов смогли адаптироваться и сократить свои доходы, не прибегая к заемным средствам. Подавляющее большинство граждан недовольны ростом цен

на товары первой необходимости и считают, что правительство должно снабдить нуждающихся граждан средствами индивидуальной защиты и продовольствием, а также освободить население от оплаты коммунальных услуг и долговых обязательств. Почти каждый второй респондент испытывает тревожные чувства, думая о завтрашнем дне. Население рассчитывает на собственные силы, осуществляя поиск дополнительных источников заработка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулькова, И. А. Влияние пандемии коронавируса на демографические процессы в России [Электронный ресурс] / И. А. Кулькова // Human Progress. – 2020. – Т. 6, выпуск 1. – Режим доступа: http://progresshuman.com/images/2020/Том6_1/Kulkova.pdf.
2. Емельянова, Е. Н. Особенности психологической помощи в ситуации пандемии коронавируса [Текст] / Е. Н. Емельянова // Управление социально-экономическими системами: теория, методология, практика. Сборник статей VII Международной научно-практической конференции. – М. 2020. – С. 142–145.
3. Габдуллина, А. Ф. Проблема безработицы в современной России в условиях пандемии коронавируса [Текст] / А. Ф. Габдуллина // Наука и просвещение: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей II Международной научно-практической конференции : в 2 ч. – Пенза, 2020. – С. 56–58.

УДК 616.31-084-057.875

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кахрамон Эркинович Шомуродов

д. м. н., декан стоматологического факультета

Мираскад Максудович Исомов

магистрант

Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы уровень стоматологических заболеваний и их осложнение у беременных женщин неуклонно растет. Согласно данным медицинской статистики, за 3-летний период увеличилась распространенность кариеса зубов с частотой встречаемости в 91,4 % случаев при физиологическом течении беременности, заболевания тканей

пародонта – в 90 % случаев, поражение ранее интактных зубов с преимущественным острым течением кариозного процесса – у 38 % беременных.

На базе хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института за 2017–2019 гг. в сравнении с предыдущими годами заметно увеличилась частота встречаемости воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у беременных женщин.

Профилактическая работа в области охраны стоматологического здоровья женщин обеспечивается как усилиями стоматологов, так и усилиями самих пациенток, поэтому их взаимодействие в этом вопросе играет существенную роль. Но как раз взаимоотношение врачей и пациенток, их личные установки в вопросах профилактики трудно поддаются формализации.

Целью исследования – изучить взаимоотношения врача-стоматолога и пациентки как факторы, определяющие эффективность профилактической работы в стоматологической практике с последующей разработкой рекомендаций.

Исследовательское поле было ограничено конкретным городом с воспроизводимыми условиями осуществления стоматологической помощи. Такой подход уже доказал свою эффективность в социологических исследованиях биоэтической проблематики. Для целей был выбран город Ташкент. Проанализированы результаты анкетирования 42 врачей-стоматологов, из них 12 стоматологов из консультативных поликлиник, 24 хирурга-стоматолога из специализированных поликлиник и 6 челюстно-лицевых хирургов из стационара.

Были проанализированы синхронно анкетирования 203 пациенток, которые проходили медицинское обследование вступающих в брак в семейных консультативных поликлиниках. Амбулаторные карты 192 пациенток, из них 128 (67 %) беременных женщин по различным триместрам и 64 (43 %) женщины, вступающие в брак, на базе специализированной хирургической стоматологической поликлиники. Анализ 131 истории (анамнеза) болезни стационарных больных, 67 (51 %) из них беременные и 64 (49 %) женщины, вступающие в брак.

По результату исследования на основании диспозиции врачей-стоматологов и пациенток в реализации профилактического направления в стоматологической практике удалось выработать оптимизированные рекомендации.

Из проведенного опроса в виде анкетирования в 61,2 % случаев, несмотря на достаточное количество врачей-стоматологов в консультативных поликлиниках, стоматологическая диспансеризация пациенток, выступивших в брак, и беременных женщин не проводится до конца на профессиональном уровне.

В 77,3% случаев женщины-пациентки относятся к вопросам профилактики стоматологических мероприятий не ответственно и не регулярно с установками на здоровый образ жизни. В 67 % случаев пациентки не информированы о диспансеризации и среди женщин слабо выражена приверженность к профилактике.

Из проведенного анкетирования за три года из 131 истории болезни госпитализированных женщин в возрасте от 19 до 44 лет с различными видами одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области в 43 % случаев рекомендовано лечение определенной болезни зубов по стадиям. В 28 % случаев проведено самолечение дома, в 78,2 % случаев обращение к врачу-стоматологу произведено поздно. В 21 % случаев пациентки не получили компетентной стоматологической помощи.

По данным анкетирования специализированной хирургической поликлиники Ташкентского государственного стоматологического института анализ 192 амбулаторных карт показал, что 128 амбулаторных карт принадлежат беременным пациенткам с различными формами одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой системы. Статистическая обработка показала следующее: с обострением хронического периодонтита 62 (48,0 %) пациентки, одонтогенный периостит челюстей у 19 (14,5 %) больных, 19 (14,5 %) беременных женщин обратились за помощью хирурга стоматолога с различными воспалительными инфильтрациями челюстно-лицевой области, которые возникли как осложнения в связи с несвоевременным проведением профилактических осмотров у стоматолога.

На основании изучения амбулаторных карт в анамнезе у 86 % женщин во время стоматологических диспансеризаций беременных

женщин осмотр и лечение не проводились качественно, были «ложные справки». По результатам статистического анализа выявлено, что из 192 (100 %) обратившихся беременных после амбулаторных хирургических вмешательств, во время динамического наблюдения выявлена 25,8 % женщин, которые были госпитализированы в стационар с различными видами гнойно-некротических осложнений челюстно-лицевой области.

Проанализированы синхронно анкетирования 203 пациенток, которые проходили медицинский обследование до вступления в брак, и беременных женщин в семейных консультативных поликлиниках. 98 % пациенток проходит стоматологический осмотр только ради справок для органов записи актов гражданского состояния и для родильных домов.

Проведенное исследование позволило сформулировать практические рекомендации по усилению профилактического направления в области стоматологии. В системе подготовки современных врачей социальная оценка ситуации в их практике не анализируется, слишком мало времени уделяется приобретению знаний по клинической психологии, педагогике, медицинскому праву и социологии медицины. Сочетание социологических и клинических методов исследования позволяет установить корреляцию медицинских и социально-психологических детерминант профилактической работы врача стоматолога.

6. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.251.2

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ПАНДЕМИЕЙ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ АСПЕКТ

Алена Дмитриевна Доника

к. м. н., д. соц. н., профессор

Волгоградский государственный медицинский университет

В рамках проведенных Международной сетью кафедр биоэтики ЮНЕСКО с марта по май 2020 года 6 панельных сессий были определены этические и правовые вызовы пандемии COVID-19 системе здравоохранения на глобальном уровне. Участие в вебинарах ведущих специалистов в области биоэтики и здравоохранительного права Австралии, Германии, Индии, Израиля, Кении, Великобритании и США, с обсуждением в режиме онлайн более 420 участников разных стран позволило определить проявившиеся на этот период этические и правовые проблемы в области здравоохранения.

Как справедливо отметил профессор Рассел Д'Суза (г. Мельбурн), после объявления ВОЗ 11 марта 2020 г. пандемии COVID-19 мир вступил в беспрецедентный кризис с серьезными этическими и правовыми проблемами на политическом уровне. Он отметил, что справедливость и общественное здоровье неразрывно связаны друг с другом. Таким образом, баланс между потребностями общественного здравоохранения и гражданскими свободами, а также участие общественности в принятии решений правительствами инициирует серьезные правовые и этические проблемы во многих странах.

Профессор Илана Белмейкер (Израиль) рассказала о вызвавшем резонанс общественности решении правительства об ограничении свобод пожилых граждан, ссылаясь на положение православных евреев

с их большими семьями, живущими в бедных районах. Из-за введенной практики карантина «горячих точек» часть граждан избегала обращаться за медицинской помощью непосредственно в медучреждения из-за боязни наказания за нарушение карантина.

Профессор Марион Мутуги (Кения) говорил о разрыве между медицинскими знаниями, социальным отношением и практикой. Она обратила внимание на вопрос культуры, особенно в отношении похорон, где траур и захоронение очень важны в африканской культуре. В большинстве африканских стран низкий потенциал для тестирования, что вызвало некоторую стигматизацию, в связи с чем решение о распределении ресурсов должно приниматься в соответствии с этическими принципами. Кроме того, профессор М. Мутуги обратила внимание на этику медицинской журналистики в использовании статистики и фальшивых новостей.

Профессор Университета Флориды США Джо Торнтон рассказал, что в США COVID-19 выявил серьезные разногласия по поводу распределения ресурсов.

Профессор Вивьен Харпвуд (председатель совета по здравоохранению NHS, Великобритания) рассказала о том, какую неоднозначную реакцию в обществе вызвал закон о коронавирусе в связи с ограничением личной автономии. С точки зрения биоэтики, вызывают особое беспокойство уязвимые группы: бездомные, онкологические пациенты и пациенты с психическими заболеваниями.

Решением серии панельных вебинаров были сделаны выводы о необходимости выполнения на государственном уровне как минимум трех позиций в области общественного здоровья: планировать управление неопределенностью и реагировать на беспрецедентные вызовы, защищать работников здравоохранения и принимать меры по повышению уровня оказания медицинской помощи.

В свою очередь, 30.04.2019 в режиме онлайн было проведено открытое заседание комитета по биоэтике при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО, на котором обсуждались этические и психологические аспекты пандемии коронавирусной инфекции. В частности, президент Российского психологического общества Юрий Зинченко в своем выступлении отметил, что пандемия выявила национальные проблемы правового регулирования психологической помощи различным группам населения, в том числе медицинскому персоналу. Академик РАН

Александр Чучалин отметил сложность проявления эмпатии по отношению к пациентам врачами в СИЗ, затрудняющими даже вербальное общение. Директор Института исследований проблем психического здоровья Владимир Менделевич обратил внимание на необходимость оказания психологической помощи не только населению, оказавшемуся в состоянии насильственной информатизации и самоизоляции, но и медицинскому персоналу, оказывающему медицинскую помощь пациентам с COVID-19 в условиях беспрецедентного физического и эмоционального напряжения.

Таким образом, пандемия COVID-19 инициировала ряд этических и правовых проблем, имеющих, с одной стороны, свои специфические экономические, культурные, конфессиональные особенности, и требующих, с другой стороны, международной коллаборации для выработки совместных решений в области здравоохранения.

УДК 37.012.46

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Мая Владимировна Еремина

старший преподаватель

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. м. н., д. соц. н., профессор **А. Д. Доника***

Экстремальность ситуации определяется факторами, к условиям которых человек еще не адаптирован и у него не сформирован алгоритм действий в данной ситуации. Уровень экстремальности ситуации определяется мощностью, продолжительностью, новизной, непривычностью проявления факторов чрезвычайной ситуации [1, 2].

Так, к определяющим факторам относятся:

1. Условия ситуации, провоцирующие поведение человека под воздействием эмоций.
2. Недостаток информации о сложившейся ситуации.
3. Интенсивное психическое, физическое, эмоциональное напряжение.

4. Воздействие факторов внешней среды.

5. Обострение жизненно-важных потребностей [3].

Деятельность медицинских работников при ликвидации чрезвычайных ситуаций сопряжена с высокими физическими и с еще в большей степени значимыми нервно-эмоциональными нагрузками. Кроме того, она осуществляется в условиях воздействия многочисленных неблагоприятных и даже опасных факторов внешней среды [4].

Спасатели и врачи обязаны выполнять профессиональные задачи в любых условиях, в том числе и в условиях экстремальной обстановки и при этом их персональные этические нормы должны соответствовать этическим требованиям общества [5].

Реализация этических принципов при оказании медицинской помощи в условиях воздействия поражающих факторов чрезвычайных ситуаций значительно затруднена. Особой этической проблемой в условиях чрезвычайных ситуаций является недостаток медицинских ресурсов, который приводит к невозможности осуществлять адекватную обстановку медицинскую помощь в необходимом объеме большому количеству пострадавших в кратчайшие сроки.

Человеческое достоинство неотчуждаемо, не зависимо от расы, национальности, вероисповедания, социального статуса, клинического диагноза и других факторов. Статья 21 Конституции Российской Федерации (1993) гласит: «Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления». В то же время оказание медицинской помощи в объеме, противоречащем религиозным убеждениям пострадавшего, нарушает принцип уважения человеческого достоинства даже в условиях чрезвычайной ситуации. При этом потенциальная польза здоровью при оказании помощи должна превышать вероятный риск. Между тем, медицинские манипуляции, которые противоречат религиозным убеждениям пострадавшего, способны причинить моральный вред личности, нарушая принцип благодеяния и невреждения.

Человек может быть признан автономной личностью, если он осознанно соглашается с выбранной тактикой врачебных манипуляций. В условиях дефицита времени врач принимает решение самостоятельно, тем самым создавая угрозу жизненно важным интересам личности. Таким образом, нарушается принцип автономии личности.

В условиях дефицита ресурсов нередко нарушается также принцип справедливости, так как между собой вступают в противоречие требования равенства и учета индивидуальных потребностей. В некоторой степени разрешение данной проблемы заключается в проведении медицинской сортировки и использовании принципа поэтапного оказания помощи. Медицинская сортировка – этическая проблема перво-степенной важности в ситуациях, когда в условиях ограниченных возможностей необходимо оказать медицинскую помощь значительному количеству в разной степени пострадавших людей.

Следовательно, в процессе оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях пострадавшим, исходя из компетенций врача, без учета религиозных убеждений личности нарушаются, минимум, три этических принципа. Однако при соответствующей организации медицинской помощи возможно соблюдение в полной мере четырех основных правил этики оказания медицинской помощи: правдивости, конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни и добровольного информированного согласия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доника, А. Д. Выбор профессионального поля: проблемы социально-психологической детерминации [Текст] / А. Д. Доника, М. В. Еремина // Гуманитарное образование и медицина: сб. научн. трудов. – Т. 65, вып. 1. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011 – С. 299–305.
2. Доника, А. Д. Проблемы социализации в контексте непрерывного профессионального образования [Текст] / А. Д. Доника // Современные наукоемкие технологии. – 2009. – № 10. – С. 89.
3. Donika, A. D. Methods of evaluation of neuro-psychological stability for the diagnostics of prenosological status in extreme conditions [Текст] / A. D. Donika, S. V. Poroyskiy, M. V. Eremina, M. M. Koroleva, D. V. Kovrizhnykh // International Journal of Pharmaceutical Research. – 2019. – Т. 11, № 1. – P. 184–187.
4. Donika, A. D. Assessment of the neuropsychic stability of a doctor in the context of readiness for work in emergency situations [Текст] / A. D. Donika, M. V. Eremina, I. M. Chekanin, E. I. Kalinchenko, E. A. Samoshina // Revista de Psicologia. – 2020. – Т. 8. – P. 213–215.
5. Еремина, М. В. Социально-психологическая направленность врача в контексте готовности к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций [Текст] / М. В. Еремина // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Готовность Всероссийской службы медицины катастроф к реагированию и действиям при чрезвычайных ситуациях – важный фактор повышения качества и доступности медицинской помощи пострадавшим при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях», г. Казань, 12–13 октября 2016. – Казань: Изд-во: М.: ФГБУ «ВЦМК «Защита», 2016. – С. 65–66.

УДК 612.6.06:316:61

«ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ» ВРАЧ: МНЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ИХ ГЕНДЕРА И ВОЗРАСТА

Марина Дмитриевна Ковалева

д. соц. н., профессор

Владимир Владимирович Деларю

к. м. н., д. соц. н., профессор

Волгоградский государственный медицинский университет

Начавшаяся в последнем десятилетии XX века либерализация отечественного здравоохранения принципиально расширила права пациента, предоставив ему, в частности, значительно больше возможностей для выбора врача. Соответственно актуализировался интерес к факторам, способных повлиять на предпочтения пациентов, в том числе и гендер как врача, так и самого пациента. Ранее было показано, что 30 % жителей Волгограда отдают предпочтение врачу одного с ними пола (мужского или женского) и для 10–20 % предпочтительнее врач противоположного пола (но для 40–50 % респондентов пол врача не имеет значения) [1–3]. Однако встает вопрос о детализации представлений о «предпочитаемом» враче, исходя не только из гендера пациентов (потребителей медицинских услуг), но и их возраста, а также насколько реалистична / целесообразна возможность учета этих двух факторов в их соотношениях для оптимизации организации деятельности медицинских учреждений разных форм собственности.

В этой связи целью исследования явилось изучение мнений потребителей медицинских услуг о «предпочитаемом» враче с учетом их гендера и возраста для оценки целесообразности подобного «детализированного» подхода.

Согласно принятым в социологии медицины правилам [4] было проведено анкетирование 410 потенциальных пациентов – жителей Волгограда (выборка квотная по половозрастному составу): женщин было 212 (51,7 %), мужчин – 198 (48,3 %); в возрасте до 20 лет было 80 человек (19,5 %), 20–39 лет – 148 (36,1 %), 40–59 лет – 125 (30,5 %), 60 лет и старше – 57 человек (13,9 %).

Рассмотрение влияния гендерного фактора с учетом возраста респондентов при определении ими «предпочитаемого» врача показало следующее.

Чаще всего выбирали врача-женщину женщины в возрасте 40–59 лет, реже всего – в возрасте до 20 лет (41,5 % против 22,2 %; $p < 0,02$); практически одинаково часто женщины возрастных групп 20–39 и 60 лет и старше (30,9 и 33,3 % соответственно). Относительно выбора женщинами врача-мужчины наблюдалась другая тенденция: чаще ($p > 0,05$) его выбирали женщины в возрасте до 20 лет и 20–39 лет (в обеих группах по 22,2 %) и реже в более старших возрастных группах (среди женщин 40–59 лет его предпочли 15,1 %, среди женщин 60 лет и старше – 15,2 %). Положения, что пол врача не имеет значения, придерживались практически одинаково часто во всех четырех возрастных группах (36,4–41,5 % опрошенных женщин).

У мужчин в контексте возрастного фактора выявились другие закономерности. Чаще всего выбирали врача-мужчину мужчины в возрасте до 20 лет (42,9 %), далее шли представители возрастной группы 40–59 лет (34,7 %), затем мужчины 20–39 лет (23,9 %) и, реже всего, респонденты самой старшей возрастной группы (16,7 %). Врача-женщину чаще всего выбирали мужчины в возрасте 60 лет и старше (20,8 %); в остальных возрастных группах мужчин данный выбор встречался в 2 раза реже: среди мужчин до 20 лет – у 8,5 %; среди 20–39-летних – у 10,4 % и среди 40–59-летних – у 11,1 %. Положение, что пол врача не имеет значения, чаще всего ($p < 0,05$) высказывали мужчины 20–39 лет и практически одинаково часто в остальных трех выделенных возрастных группах (41,7–45,9 %).

Проведенное исследование показало неоднозначное влияние возраста мужчин и женщин, как потенциальных потребителей медицинских услуг, на условный выбор «предпочитаемого» врача, что «в идеале» предполагает одновременное наличие большого количества дублирующих специалистов в конкретном медицинском учреждении. Фактически, исходя из рассматриваемых двух факторов (гендера и возраста), выбор «предпочитаемого» врача может носить только гипотетический, но не реалистический характер. К тому же при этом не учитывались многие другие факторы, которые по своей значимости могут иметь (и имеют) гораздо больший «удельный вес» (имеющиеся представления о профессионализме врача, мотивы обращения к нему,

возможности реализации данного обращения, настроенность на получение медицинских услуг в определенном учреждении и т. д.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Деларю, В. В. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке [Текст] / В. В. Деларю, Е. Г. Вершинин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – Вып. 3 (55). – С. 100–102.
2. Ковалева, М. Д. Выбор врача и гендерный фактор: результаты социологического исследования жителей крупного промышленного города [Текст] / М. Д. Ковалева, В. В. Деларю, Я. Б. Грешнова // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2019. – № 1. – С. 7–9.
3. Ковалева, М. Д. Врачи, пациенты, взаимоотношения (гендерный подход) [Текст] / М. Д. Ковалева, В. В. Деларю // Психология и социальная работа в современном здравоохранении: Материалы III Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 15-летию факультета социальной работы и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2019. – С. 80–82.
4. Хвастунова, Е. П. Компаративный анализ позиций заинтересованных социальных групп как современное требование социологии медицины [Текст] / Е. П. Хвастунова, С. А. Юдин, Е. Г. Вершинин, В. В. Деларю // Врач-аспирант. – 2014. – № 2.1 (63). – С. 168–172.

УДК 614.253

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Надежда Михайловна Легенькова

старший преподаватель

Волгоградский государственный медицинский университет

Каждая сфера какой-либо деятельности имеет свою профессиональную этику. Это же касается медицины. Биоэтика – это область исследований, дискуссий, цель которых – обдумать и разрешить всевозможные морально-этические проблемы.

Основным моральным принципом биоэтики является принцип уважения прав и достоинств человека, под влиянием которого решается вопрос медицинской этики – об отношении врача и пациента.

При оказании медицинской помощи сотрудники медучреждения должны следовать определенным правилам этики. Это касается не только

общения и обращения к пациентам, но и правильного оказания помощи, то есть должны соблюдаться все права человека.

На сегодняшний день рассматриваются такие проблемы биоэтики, как право на жизнь, стерилизацию, новые репродуктивные технологии, право на смерть, эвтаназию, проблемы ВИЧ-инфицированных, проблемы социальной справедливости в медицине, отношения между пациентом и врачом.

В 2019 году СМИ был составлен рейтинг по жалобам пациентов на поликлиники в ранжированном порядке:

- жалобы на организацию работы медучреждений (необоснованно длительные сроки ожидания диагностики, лечения, инструментальных и лабораторных исследований);
- жалобы на нарушение в области выбора медицинской организации для наблюдения или лечения;
- жалобы на качество медицинской помощи (пациенты указывали на осложнения после назначенных и проведенных процедур, некачественно проведенную диагностику и обследования, несвоевременно оказанную медицинскую помощь) [1].

В ФОМС поступают жалобы граждан в системе ОМС:

- на качество оказываемой медицинской помощи;
- на организацию работы в медучреждениях;
- на взимание денег за медпомощь;
- на отказ в оказании медицинской помощи.

Несмотря на сложную ситуацию, связанную с коронавирусом, в 2020 году наблюдается снижение количества жалоб на 63,8 % по сравнению с данным периодом 2019 года. На 50,7 % сократилось количество жалоб на необоснованное взимание денежных средств, на 42,2 % – жалоб на качество медпомощи, на 40 % – на организацию работы [2].

Собственно, что касается медработников и их обязательств, и прав, то есть ряд правил. Медицинский работник должен почитать право больного на получение информации о состоянии его самочувствия, о вероятном риске и превосходстве предлагаемых способов исцеления, о диагнозе и мониторинге. Функция информирования больного и его ближайших родственников принадлежит врачу.

При разговоре с больным медицинский работник обязан уделить достаточное внимание его проблемам. Особо следует упомянуть соблюдение этических правил при проведении инвазивных методов диагностики и лечения (инъекции, внутривенные введения лекарств, взятие крови из вены и другие), которые все шире внедряются в медицинскую практику, так как их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения деонтологических норм медработника.

В передовых критериях роль врачебной сестры неизмеримо увеличилась. Из пассивного ассистента врача, лица, осуществляющего простые целительные процедуры и уход за больными, прикованными к кровати, медицинская сестра делается важной фигурой передового здравоохранения. Она приобретает большую самостоятельность, стоит ближе к больному, чем врач. Это особенно отчетливо проявляется, например, в хосписах, так как incurable больные более других нуждаются в милосердной сестринской помощи, в психологической и духовной поддержке [3].

Если говорить про решение данных проблем, то это зависит от обучения медперсонала морали и этики при общении с пациентами и от строгого внимания и контроля этого. Под контролем понимается контроль коррупции, халатного обращения, оскорблений, которые противоречат правилам биоэтики.

Данный контроль должен присутствовать не только в бюджетных больницах, но и платных, так как от этого зависит моральное и физическое состояние пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.mk.ru/social/healthy/2017/06/05/sostavlen-reyting-zhalob-pacientov-na-polikliniki-lidiruyu-sroki-ozhidaniya.html>
2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.finanz.ru/novosti/aktsii/kolichestvo-zhalob-pacientov-na-okazanie-medpomoshchi-v-rf-sokratilos-v-2019-g-foms-1028993064>
3. Проблемы биоэтики в системе медицинского образования: учебно-методическое пособие [Текст] / Н. Ю. Коневалова, С. С. Лазуко, И. В. Городецкая, А. П. Солодков ; под ред. В. П. Дейкало. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 117 с.

УДК 616-056.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ, ФАКТОРЫ РИСКА И РОЛЬ ПАТРОНАЖНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ

Камола Рихсиевна Мирзарахимова

*Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт
научный руководитель профессор Б. М. Маматкулов*

Во всем мире врожденные аномалии являются серьезной медицинской и социальной проблемой. Они удвоились за последнее десятилетие XX века и сыграли значительную роль в структуре патологии и смертности в младенческом, перинатальном и детском возрасте. В настоящее время 1800 из 10000 детей рождаются с врожденными аномалиями.

Несмотря на прогресс, достигнутый в нашей стране в дальнейшем реформировании системы здравоохранения, укреплении и защите здоровья детей, врожденные аномалии играют ведущую роль в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности.

Причины развития 40–60 % аномалий неизвестны. К ним применяют термин «спорадические дефекты рождения», обозначающий неизвестную причину, случайное возникновение и низкий риск повторного возникновения у будущих детей. Для 20–25 % аномалий более вероятно «многофакторная» причина – комплексное взаимодействие многих небольших генетических дефектов и факторов риска окружающей среды. Остальные 10–13 % аномалий связаны с воздействием среды. Только 12–25 % аномалий имеют чисто генетические причины [2].

Статистика свидетельствует о несоразмерно высокой доле в общем числе выживших новорожденных недоношенных детей, которые страдают физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью. Недоношенность приводит к возникновению проблем, связанных со стоимостью и действенностью лечения, с взаимоотношениями в семье, затруднениями при обучении и дальнейшем трудоустройстве. Недоношенность не только медицинская, но и серьезная социальная

проблема, где женщины зачастую не имеют доступа к достаточному количеству хорошей пищи и могут подвергаться воздействию какого-либо агента или фактора, например, инфекции или алкоголя, который провоцирует или усиливает отклонения от нормы в пренатальном развитии. Более того, материнство в зрелом возрасте повышает риск хромосомных аномалий, включая синдром Дауна, в то время как материнство в молодом возрасте повышает риск некоторых врожденных пороков развития [1].

Необходима разработка системы научно обоснованных мер по повышению эффективности работы патронажных медсестер при изучении факторов риска и распространенности врожденных аномалий на основе комплексных социально-гигиенических исследований.

По данным отечественной и зарубежной литературы, педиатры могут внести определенный вклад в раннюю диагностику многих наследственных болезней и синдромов. Внутритрубные нарушения развития формируют ряд аномалий, которые входят во многие синдромы множественных пороков развития нехромосомной этиологии и практически во все хромосомные болезни.

У 2 % новорожденных аномалии развития были множественными. С наибольшей частотой отмечались пороки развития желудочно-кишечного тракта, угроза прерывания беременности на ранних сроках (35 %), самопроизвольные выкидыши в анамнезе (19 %), профессиональные вредности и экологически неблагоприятные условия проживания (16 %). Исследования уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови беременных показали его повышение у 10 пациенток, причем у 2 в динамике (18 и 22 недели беременности), что явилось показанием к проведению амниоцентеза. Большое значение при обследовании беременных группы риска имели медико-генетические консультации, которые определяют показания к более детальному обследованию. Выявленные при кариотипировании хромосомные аномалии у 17 % беременных послужили показанием к кариотипированию плода. При этом у 2/3 плодов были обнаружены различные хромосомные аномалии.

В организации третьего этапа меценатских мероприятий персоналу системы первичной медико-санитарной помощи оказывают непосредственную помощь ученые из региональных и национальных

медицинских учреждений и специализированных исследовательских центров. В настоящее время мероприятие проводится ежемесячно и охватывает пациентов с хроническими заболеваниями, нуждающихся в специализированной медицинской помощи. В зависимости от заболевания амбулаторное или стационарное лечение предоставляется в районных, региональных и национальных учреждениях. Патронажная медсестра регулярно работает с беременными женщинами, чтобы предоставить информацию о происхождении врожденной аномалии и ее профилактике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ризаев, Ж. А. Туғма аномалияларнинг болалар орасида тарқалиши [Электронный ресурс] / Ризаев Ж. А., Нурмамова К. Ч., Дусмухамедов Д. М., Мирзарахимова К. Р. // Стоматология. – 2019. – № 1. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-9>.
2. Мирварисова, Л. Т. Медицинский менеджмент, оптимизация и совершенствование системы здравоохранения в Узбекистане [Электронный ресурс] / Мирварисова Л. Т., Нурмамова К. Ч., Мирзарахимова К. Р. // Стоматология. – 2018. – № 4. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-27>.

УДК 614.253.89

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Шамшодбек Шухратович Мусаев

*Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт
научный руководитель д. м. н., доцент К. Э. Шомуродов*

Лечение детей с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области (ЧЛО) является сложной и актуальной проблемой детской челюстно-лицевой хирургии (ДЧЛХ). По частоте встречаемости данный вид травмы занимает второе место после воспалительных заболеваний и составляет до 25 % среди всех экстренных больных, нуждающихся в стационарном лечении. По данным литературы, среди травм костей лица до 90 % составляют переломы челюстей, из них 95 % приходится на переломы нижней челюсти (ПНЧ) [1, 2].

Согласно Конвенции по правам ребенка, предложенной ЮНИСЕФ и одобренной Генеральной ассамблеей ООН в 1989 г., дети обладают теми же правами, что и взрослые [3].

Этические проблемы в ДЧЛХ, прежде всего, связаны с особенностями этой специализации во врачебной профессии. Специфика работы ДЧЛХ отличается тем, что включает не только диагностику, лечение и профилактику заболеваний ЧЛО у детей, но и ряд этических проблем, в том числе ответственность за, возможно, самое главное – контроль роста и развития ЧЛО ребенка, предупреждение и как можно более раннее выявление отклонений от нормы. При оказании медицинской помощи детям возникают вопросы и проблемные ситуации на всех уровнях системы «врач – родители – больной ребенок»; они относятся не только к медицине, но имеют и этические аспекты. Без ясного понимания этических особенностей охраны здоровья детей невозможно гарантировать безопасность получения детьми медицинской помощи [4].

Особенностью деятельности ДЧЛХ является то, что она основана не только на прямом контакте с ребенком, требующем знания возрастных особенностей и умения использовать специальные навыки общения с детьми, но и должна сочетаться с профессиональным общением с родителями и ближайшими родственниками ребенка, у каждого из которых свои личностные особенности и свое видение состояния здоровья ребенка. Обязательным этическим требованием в работе ДЧЛХ является умение ободрить, спокойно, уверенно и объективно проинформировать родителей о методах диагностики, этапах и тактике лечения, возможном развитии осложнений, настроить их на сотрудничество и активную помощь, в том числе и получение осмысленного информированного согласия на лечение ребенка при ПНЧ. И, конечно, особые требования – к профессиональным компетенциям (знание возрастной физиологии, возрастной патологии и т. п.), без которых невозможно диагностировать ранние отклонения в развитии ЧЛО. В отдельных случаях, при подозрениях о наличии отклонений в развитии нижней челюсти ребенка или, например, выявлении патологии в пародонтальных тканях, обусловленные негативным влиянием шинирования челюстей при лечении ПНЧ, врач обязан направить родителей с ребенком к соответствующему специалисту (пародонтологу, ортодонту и др.).

При лечении детей с ПНЧ выделяют несколько этико-правовых проблем, таких как недостаточность информированности, религиозные, морально-этические взгляды родителей, негативное воздействие некомпетентных лиц и непроверенных источников. Это может привести к отказу от лечения, изменению решений, принимаемых родителем ребенка [5].

Для решения подобных вопросов, относящихся к проблемам взаимодействия с родителями, существуют следующие рекомендации.

Контакт устанавливают в первую очередь с ребенком. Спокойное, доброжелательное общение создает необходимые условия для формирования сотрудничества с родителями. Формирование уверенности в правильности лечения, заинтересованности ребенка и родителей следовать врачебным предписанием может снять многие деонтологические трудности.

Комплаентность – точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения. Эти рекомендации относятся как к приему препаратов, так и к изменению стиля жизни (правильное питание, гигиена полости рта после шинирования челюстей и др.), так как при лечении ПНЧ часто используют иммобилизацию челюстей с помощью двучелюстного шинирования, качество выполнения рекомендаций врача определяет исход лечения и профилактику осложнений лечения ПНЧ у детей.

Ситуация отказа родителей от лечебных мероприятий часто ставит врача в непростое положение. С одной стороны, есть право родителей на отказ от медицинского вмешательства, с другой – ребенок, который нуждается во врачебной помощи. Зафиксированы случаи, когда родители отказались от шинирования челюстей, даже когда подробно объясняли им ход лечения.

Компетенция действий ДЧЛХ, характер его взаимодействия с пациентами и членами их семей при лечении ПНЧ – все это представляет собой большую биоэтическую проблему. Поэтому каждый врач должен знать и соблюдать общие моральные принципы оказания медицинской помощи детям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванова, М. С. Переломы нижней челюсти у детей [Текст] / Иванова М. С., Александрова Е. Г. // Вопросы науки и образования. – 2018. – № 11 (23). – С. 90–92.

2. Шомуродов, К. Э Совершенствование хирургического лечения переломов нижней стенки орбиты [Текст] / Шомуродов К. Э., Курьязова З. Х., Исомов М. М., Файзиев Б. Р., Мукимов И. И. // Среднеазиатский научно-практический журнал «Stomatologiya». – 2017. – № 2 (67). – С. 78–81.

3. Тополянская, С. В. Этические аспекты проведения клинических исследований у детей [Текст] / С. В. Тополянская // Педиатрическая фармакология. – 2010. – № 3. – С. 6–11.

4. Шабалов, Н. П. Детские болезни [Текст] : Учебник для вузов. Т. 1. / Н. П. Шабалов. 8-е изд. – СПб.: Питер, 2017. – 880 с.: ил. (Серия «Учебник для вузов»).

5. Альбицкий, В. Ю. Современные этические проблемы педиатрии [Текст] / Альбицкий В. Ю. // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – Т. 3, № 5. – С. 98–99.

УДК 608.1

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Аюна Мингияновна Федотова

*г. Волгоград, МОУ Лицей № 9 им. А.Н. Неверова
научный руководитель член-корреспондент РАН, д. б. н.,
профессор **М. И. Сложенкина***

В настоящее время человеку доступно множество способов продлить себе жизнь. Современная медицина далеко ушла от того времени, когда даже легкой простуды было достаточно, чтобы на человеке поставили крест. Более того, даже случаи, казавшиеся абсолютно безнадежными еще столетие назад, теперь спокойно поддаются лечению. Последний случай относится к трансплантологии.

Трансплантология – раздел медицины, изучающий проблемы трансплантации органов (в частности, почек, печени, сердца), а также перспективы создания искусственных органов [2].

Трансплантология, как и любая другая область медицины, затрагивает немаловажные этические и моральные вопросы в частности из-за того, что подобные операции решают судьбу двух людей: донора и реципиента.

В данной области существуют множество проблем и спорных моментов, преимущественно так или иначе связанных с этикой. В данной работе мы рассматриваем проблемы забора органов у живого донора и проблемы трансплантации органов и тканей от трупа.

Основной конфликт забора органов у живых доноров возникает у врачей из-за двух медицинских принципов: «Не навреди» и «Во благо». Насколько целесообразно забирать органы или часть органов у живого человека, при этом ставя его в уязвимое положение, для того чтобы помочь другому? Да, государство предоставляет таким донорам бесплатное лечение, в том числе и медикаментозное, в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией [1], однако это не исключает вероятность того, что у донора в любом случае могут возникнуть проблемы из-за подобного вмешательства.

Живое донорство обязано отвечать определенным этическим требованиям.

Во-первых, оно должно быть добровольным, то есть донора ни в коем случае нельзя принуждать и всячески воздействовать на него.

Во-вторых, донорство должно быть исключительно альтруистическим явлением. Нельзя, чтобы донор, отдавая свои органы, действовал из каких-либо корыстных соображений, он должен стремиться помочь страждущему.

В-третьих, донорство должно быть осознанным, человек, выступающий в качестве донора, должен четко осознавать свои действия и возможные последствия принятого им решения. По этой причине донорами не могут являться немощные люди и дети, которые, в силу своего физического, психического состояния или возраста, не могут осознанно принимать решения.

И, в-четвертых, одно из самых главных условий – малый риск для донора.

Таким образом, конфликт двух этических принципов оказывается разрешенным, при условии, что донорство становится явлением добровольным, осознанным, преследующим альтруистические цели и, самое главное, не несущим большой риск для здоровья самого донора.

Среди проблем трансплантации органов или тканей от трупа можно выделить проблемы определения смерти человека и посмертное согласие на донорство.

Существуют две концепции смерти человека: смерть мозга и смерть сердца. Наиболее классической считается смерть сердца, так как после остановки сердца перестают работать все системы организма, в то время как при смерти мозга само сердце еще может поддерживать жизнь

в человеке. Фактически человек, которому диагностирована смерть мозга, находится в состоянии «запредельной комы». Его головной мозг, а также часть спинного мозга отмирают, однако с помощью реанимационных мероприятий создается видимость жизни.

Со стороны трансплантологии наиболее выгодно склоняться к идее смерти мозга, так как некоторые органы можно извлекать только при работающей кровеносной системе, однако смерть мозга нельзя приравнивать к биологической смерти. Несмотря на то, что вывести человека из состояния «запредельной комы» на данный момент считается невозможным, понятие смерти мозга отличается от понятия истинной смерти, так как физиологические процессы в клетках и тканях еще не прекращены. Однако в статье 9 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» сказано: «Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга) ...», следовательно, до тех пор, пока лечение таких случаев не станет возможным, смерть мозга будет приравниваться к биологической.

Еще одна проблема трансплантации органов от трупа – согласие на забор органов. Если при живом донорстве оно обязательно добровольное, то при посмертном – не всегда таковое. К примеру, в случае, если человек неожиданно скончался от несчастного случая, а его родственники не могут приехать и дать свое согласие или несогласие на забор органов. Время, когда можно извлекать донорские органы или ткани из трупа, ограничено, а ждать приезда семьи, погибшего нельзя? Как поступать врачам в подобной ситуации?

На этот случай в статье 8 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» устанавливается, что, если учреждение здравоохранения на момент изъятия не поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту, то изъятие органов допускается [1]. Это принцип презумпции согласия. С точки зрения этики, изъятие органов у человека без его добровольного согласия или согласия его родственников можно считать осквернением памяти усопшего.

Существует противоположный презумпции согласия принцип – презумпция несогласия. Согласно этому принципу после смерти человек

не согласен отдавать свои органы или части органов, если он или его родственники, или законный представитель не заявили обратное. Таким принципом пользуются в США, в Канаде, во Франции, в Германии. С одной стороны, презумпция несогласия не ставит никаких этических проблем перед врачом, но, с другой стороны, при данном подходе несомненно возникает острый дефицит ресурсов для трансплантации.

Также был еще один способ юридического регулирования процесса изъятия – рутинное изъятие. Суть его заключается в том, что после смерти тело человека становится собственностью государства. Рутинный забор осуществлялся на территории СССР в период его существования.

Очевидным становится тот факт, что необходимо разработать такой способ юридического регулирования процедуры забора органов, который не будет нарушать этических принципов и при этом не будет создавать дефицит ресурсов для трансплантации.

Трансплантология – это еще совсем молодая область медицины, встретившая свое активное развитие лишь столетие назад, однако успевшая добиться невероятных результатов за столь короткий промежуток времени. В ней еще существует множество этических проблем. Например, насколько уместно использовать как ресурс для трансплантации органы и ткани животных? Или можно ли использовать для трансплантации фетальные органы и ткани, насколько это гуманно? Или, как нужно распределять дефицитные ресурсы между пациентами? Что делать с коммерциализацией в трансплантологии? Все они требуют решения, так как значительно тормозят развитие трансплантологии как науки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 (ред. от 23.05.2016) «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/136366/>
2. Большая российская энциклопедия [Текст] : в 35 т. / гл. ред. Ю. С. Осипов. – М.: Большая российская энциклопедия, 2004–2017.
3. Введение в биоэтику [Текст] : учеб. пособие / А. Я. Иванюшкин, В. Н. Игнатьев, Р. В. Коротких и др. – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 381 с. – Библиогр. с. 381

УДК 621.9.048.7

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНАМИ НЕБА

Кахрамон Эркинович Шомуродов

д. м. н., декан стоматологического факультета, профессор

Раъно Сергей кизи Мирхусанова

магистр

Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт

Приоритетным направлением государственной политики в нашей стране является создание наилучших и благоприятных условий для физического, интеллектуального и духовного развития подрастающего поколения.

С присоединением нашей республики к Конвенции ООН о правах ребенка в 1992 году созданы необходимые правовые, организационные условия и гарантии для соблюдения и защиты прав детей.

Закон «О гарантиях прав ребенка» является первым в правовой истории Узбекистана кодифицированным актом в данной области. По своему целевому назначению он призван регулировать отношения, связанные с определением правового положения ребенка, гарантировать обеспечение его прав и свобод [1].

В системе комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной неба одной из основных задач, стоящих перед хирургом, является устранение расщелины с восстановлением анатомо-функционального состояния мягкого неба, в том числе и язычка. Не менее важной задачей команды врачей в процессе комплексного лечения детей с врожденной расщелиной неба является психологическая поддержка маленьких пациентов и соблюдение этических принципов с целью правильного формирования психики ребенка.

Этические аспекты в педиатрической стоматологии начинаются с клиники, где мы встречаемся с ребенком. Мы несем ответственность за стоматологическое лечение ребенка-пациента, с которым будем общаться на основе наилучших научных знаний в сочетании с клиническим пониманием и опытом.

Этические соображения стали важной частью клинической работы стоматологов [2, 4], особенно при работе с пациентами, которым требуется дополнительное внимание, чтобы обеспечить признание их точек зрения. Есть несколько философских установок, которые могут быть полезны. Обратимся к биомедицинской этике. Thomas Beauchamp и James Childress опубликовали учебник «Принципы биомедицинской этики» [3], который несколько раз переиздавался. Эти принципы оказали очень большое влияние на медицинское обслуживание. Авторы описали различные этические принципы, из которых четыре считаются основополагающими: автономии личности, не навреди, делай благо и справедливость.

Большинство родителей наилучшим образом представляют интересы своего ребенка, но могут быть конфликты интересов. Например, родитель может предпочесть лечение, которое выполняется быстрее, даже если оно не отвечает интересам ребенка. Поэтому стоматолог должен не только осознавать это, но и быть готовым выступить в качестве защитника ребенка (или других пациентов со сниженной автономией) в принятии решений о лечении. Лечение, а также способы лечения должны отвечать интересам ребенка.

Также в процессе лечения важно создать дружественную атмосферу и доверительные отношения между командой врачей и пациентами. Необходимо предотвратить формирование подавленного состояния ребенка из-за наличия эстетического дефекта, мысли о его физической неполноценности и отличия от остальных нормальных детей. С этой целью врачам следует придерживаться этических принципов, находить общий язык с детьми и настраивать их на достижение лучшего результата. В первую очередь весь перечень лечебных мероприятий должен отвечать интересам ребенка и способствовать улучшению качества жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закон Республики Узбекистан «О гарантиях прав ребенка» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lex.uz/Pages/GetAct.aspx?lact id=1297318>
2. Мухамедова, З. М. Актуальные проблемы этики в стоматологическом образовании [Текст] / Мухамедова З. М. // Научный журнал «Гуманитарный трактат». – 2017. – № 14. – С. 20–24.
3. Thomas Beauchamp, James Childress, Principles of Biomedical ethics. [Текст]. – New York: Oxford University Press, 1979.
4. Мухамедова, З. М. Роль биоэтики в образовательной, повседневной практике и клинических исследованиях врачей стоматологов [Текст] / Мухамедова З. М. // Журнал «Stomatologiya». – 2017. – Т. 20. – С. 80–88.

7. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

УДК 338

МАРКЕТИНГОВЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОДВИЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Елена Викторовна Балимчук

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к.п.н. **Н. В. Коваленко***

Самое ценное, что есть у человека, – это здоровье. Для его поддержания и лечения различных заболеваний применяются лекарственные препараты. На первый взгляд, кажется, что все просто: пациент приходит к врачу, получает рецепт, с которым отправляется в аптеку, и приобретает необходимые медикаменты. Однако на деле все серьезнее. То, в какую аптеку пойдет пациент, и какой препарат выберет из возможного ассортимента, зависит от эффективности фармацевтического маркетинга и выбора методов маркетингового продвижения лекарственных препаратов. И огромное количество фармацевтических компаний ведут конкурентную борьбу между собой за каждого покупателя, в продажах именно своего препарата.

Маркетинг в фармацевтическом бизнесе подразумевает анализ связи между потребностью и предложением, а также оценку действия всех внутренних и внешних факторов, влияющих на обеспечение населения медицинскими услугами и препаратами. При этом деятельность по фармацевтическому маркетингу не ограничивается только реализацией медицинских препаратов. Она включает в себя большой объем анализа фармацевтического рынка, стратегию и методы продвижения лекарственных препаратов.

На сегодняшний день на российском рынке присутствуют более тысячи представителей фармацевтического бизнеса, из них 511 отечественных и 500 зарубежных фирм-производителей [по результатам исследования DSM group]. В результате такой быстроразвивающейся ситуации на фармацевтическом рынке приходится сталкиваться с высокой конкуренцией в ассортименте лекарств. Существует также проблема, актуальная для всех участников фармацевтического рынка, – это большое количество схожих по своим составам препаратов. Перед каждой компанией-производителем стоит главная цель: добиться от врача выписки своего лекарственного препарата, а от работника первого стола – его продажи. Как достичь результата? Причем действуя в рамках существующего законодательства и морально-этических норм и делая все возможное для грамотного продвижения лекарственного препарата...

Рассмотрим в тезисах различные возможные способы и методы продвижения фармацевтической продукции на примере отечественной компании – производителе лекарственных препаратов ООО «ПИК-ФАРМА». Основным принципом маркетинга компании является производство тех оригинальных лекарственных препаратов, в которых нуждается российский потребитель с учетом процесса импортозамещения. Для этого компания опирается на реальные потребности и финансовые возможности покупателей, сегментацию рынка, возможности применения всех инструментов маркетинга и нацелена на эффективный результат.

Компания развивает перспективы выпуска новых, инновационных, качественных российских препаратов, а не дженериков. И это на сегодняшний день является важным экономическим требованием, так как с учетом санкций производство импортных препаратов и ввоз их на территорию РФ постоянно снижается, что сильно отражается на конечных ценниках лекарственного средства для потребителей в рознице. Выпуск продукции компании осуществляется на собственных производственных мощностях, отвечающих европейским стандартам качества в сфере фармацевтического производства.

ООО «ПИК-ФАРМА» – одна из немногих российских компаний, которая выпускает не только готовые лекарственные средства, но и фармацевтические субстанции, что позволяет обеспечивать высокое

качество продукции на всех стадиях создания препарата. На сегодняшний день в портфеле компании 12 препаратов. Это метаболические, сердечно-сосудистые и ноотропные средства, которые на практике доказали свою эффективность при лечении и профилактике широкого спектра заболеваний.

Точно выделенная группа «клиентов» – узких медицинских специалистов и выявленная актуальная потребность этих специалистов в фармпрепаратах – это две составляющие, которые являются основой концепции продвижения лекарственного бренда. «Клиентами» для фармацевтической компании могут являться как врач, руководитель лечебного учреждения, фармацевт-провизор, так и сам пациент. Для этого компания проводит множественные специальные маркетинговые исследования, основанные на опросах, анкетировании и анализе рынка потребителей.

Так, по результатам последнего проведенного компанией опроса врачей важными для специалистов являются проблемы отсутствия информации о препаратах нового поколения, которые выходят на рынок, результатах их клинических исследований, а также доказательной базы. На сегодняшний день существует проблема непроработанности взаимодействия врача или руководящего звена лечебного учреждения с медицинскими представителями, которые могли бы эту информация донести в полном размере, каждый о своем препарате.

Основой продвижения лекарственного препарата является акцент на его главные преимущества: качество препарата, эффективность и безопасность для потребителя. На сегодняшний день используются различные маркетинговые стратегии. Из опыта нашей компании, во-первых, для удержания прежних потребителей наших препаратов и получения новых клиентов необходимо проводить регулярную информационно-клиническую работу с медицинским персоналом в лечебно-профилактических учреждениях. Лечащего врача нужно убедить в высокой эффективности препаратов и в том, что спрос на товары аптечного ассортимента зависит от его назначений.

Дополнительно необходимо работать с фармацевтами, которые должны быть заинтересованы в продвижении безрецептурных препаратов. Но в данном случае нужно быть осторожными, не стоит забывать о законодательных ограничениях, которые наложены на продвижение

лекарственных препаратов по Закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вступил в силу с 22 ноября 2011 года.

В соответствии с этим законом ограничивается взаимодействие фармацевтических компаний с работниками здравоохранения. Под запретом находятся любые стимулирующие выплаты за количество выписанных/проданных упаковок, мотивационные поездки, бесплатные образцы препаратов. Остались только научные исследовательские работы и мероприятия (круглые столы, конференции, конгрессы, симпозиумы).

По нашему мнению, участие в конференциях и круглых столах для врачей и фармацевтов тоже не всегда является путем решения проблемы, поскольку практика показывает, что узкие специалисты загружены приемом пациентов и физически не могут присутствовать на них. Поэтому на сегодняшний день компания и ее маркетинговый отдел стараются разрабатывать многочисленные способы этического взаимодействия врача и представителя фармацевтической компании. В таких условиях особое внимание уделяется разработке грамотного и познавательного визита медицинского представителя в лечебное учреждение или аптеку.

Именно этот вид взаимодействия с работниками сферы здравоохранения компания считает более эффективным и результативным. Его основой являются три ключевых стратегии:

1. Удержание постоянных потребителей.
2. Привлечение новых потребителей и покупателей.
3. Замена лекарств от фирм-конкурентов на продвигаемые компанией препараты.

Медицинские представители на встречах представляют результаты клинических исследований, инициируют публикации научных статей, проводят конференции. Врачи, получив максимум информации, подтвержденной клиническими испытаниями, более охотно выписывают новое лекарство.

Параллельно компания считает необходимым заниматься продвижением продукции через рекламу, интернет. «Реклама – двигатель прогресса», поэтому несмотря на то, что данный вид продвижения препаратов самый затратный, он, пожалуй, самый популярный среди фармацевтических компаний, так как дает быстрый финансовый рост.

В этом случае используются разные методы, среди которых чаще всего применяются:

- реклама по телевизору, особенно в программах о здоровье;
- продвижение в поисковых системах;
- реклама в социальных сетях;
- тизерная, баннерная и другие виды наружной рекламы.

С каждым годом растет роль digital-каналов непосредственно от самих фармацевтических компаний. Используется удаленное общение с врачами через специальные закрытые порталы, социальные сети и Skype, создаются индивидуализированные e-mail-рассылки, активно используется также формат видеопрезентаций, размещение результатов по клиническим исследованиям, стандартам и клиническим рекомендациям по препаратам на официальных сайтах, где подробно можно ознакомиться со всеми последними инновационными проектами по лекарственному продукту.

Также создаются digital-спецпроекты в онлайн-режиме с информационной составляющей, обучающей программой и оценивающими баллами по системе непрерывного медицинского образования для специалистов. Это очень удобно и экономит время, особенно, если медицинский персонал находится в отдаленных уголках региона и физически не может присутствовать на обучении или конференции.

Пример социальной сети – портал для врачей internist.ru. Портал позволяет провести консилиум по сложным случаям, участвовать в образовательных программах, дискуссиях, получать постоянный поток актуальной информации по специализации врача. Одни из самых популярных социальных сетей для врачей с широкими возможностями для фармацевтических брендов – это MirVracha.ru и «Доктор на работе». Сетью заявлено 370 000 зарегистрированных пользователей-врачей [по данным сайта doctornarabote.ru].

Помимо рекламы и продвижения, социальные сети решают еще одну важную для фармацевтических компаний задачу – получение обратной связи. Врачи заполняют анкеты по опубликованным статьям, делятся своим опытом по применению конкретных препаратов, участвуют в онлайн-конференциях. Часто у медицинских сотрудников нет свободного времени и мотивации самостоятельно изучать новинки фармацевтических препаратов, поэтому информирование и доказательная база становятся основными задачами, которые стоят перед каждой

фармацевтической компанией, если она хочет добиться результата в маркетинговом продвижении своих препаратов и получить соответствующую прибыль.

Таким образом, можно сказать, что при высокой изменчивости фармацевтического рынка необходимо постоянно «отслеживать» ситуацию, активно используя маркетинговые «новинки». Если фирма-производитель заинтересована в эффективном продвижении своих товаров и услуг, то необходимо иметь собственный отдел маркетинга, который будет анализировать рынок, проводить исследования по выявлению потребительских запросов и формировать разные направления маркетинговой стратегии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закон «О Рекламе» от 13.03.2006 (ст. 24) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/
2. Пауков, С. В. Маркетинг фармацевтической продукции [Текст] / С. В. Пауков. – М.: Литература, 2005.
3. Федеральный Закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.10.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
4. Евстратов, А. В. Структурные параметры развития фармацевтического рынка РФ: закономерности и основные тенденции [Текст] / А.В. Евстратов // Экономика: теория и практика. – 2014.

УДК 364.65

ОСОБЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Юлия Игоревна Беляева

*Московский городской педагогический университет
научный руководитель д. э. н., профессор О. А. Ломовцева*

Согласно данным Федерального реестра инвалидов от марта 2020 г. в Российской Федерации более 11 млн человек имеют какую-либо форму инвалидности [5]. За этими цифрами скрываются реальные люди с особыми потребностями не только в адаптации городского пространства

для комфортного передвижения, но и принятии обществом их особенности. Так, стала заметна тенденция стигматизации лиц с инвалидностью, что предполагает негативную социальную оценку обществом их нетрудоспособности и дистанцирование «условно здоровых» от людей с недугами. Наличие «ярлыка» на людях с инвалидностью составляет портрет физически несамостоятельного человека, который не востребован обществом, что обуславливает социальную дистанцию и депривацию потребностей личности [8].

В зарубежной литературе в отношении лиц с инвалидностью употребляется термин «люди с повышенными потребностями», означающий, что для удовлетворения своих нужд маломобильным группам населения нужны специальные материально-технические возможности и, возможно, сторонняя помощь. Если использовать наиболее простую и универсальную для описания мотивов поведения личности структуру потребностей по А. Маслоу независимо от пола, возраста, социального статуса, вероисповедования и возможностей здоровья [7], то можно установить следующее.

К числу базовых (биологических) потребностей, наряду с пищей, питьем, одеждой, жильем, входит также двигательная активность, но способы ее удовлетворения у лиц с инвалидностью отличны от «условно здоровых». Человек с нарушением опорно-двигательного аппарата при перемещении в пространстве использует инвалидную коляску или ходунки, незрячий или слабовидящий – трость и/или собаку-поводыря. Стоит отметить, что в последнее время появились элементы универсального дизайна, предназначенные для удовлетворения потребностей максимального количества пользователей, независимо от физических данных и возможностей здоровья (лифты, подъемники, эскалаторы, автоматические двери и прочие объекты инфраструктуры) [4].

Потребность в безопасности особенно явно ощущается при посещении людьми с ограниченными возможностями здоровья общественных мест. Для удовлетворения этой потребности лица с ОВЗ должны иметь представление об уровне доступности того или иного заведения, что обычно обозначается специальным знаком на фасаде здания. В таком случае люди с инвалидностью чувствуют себя защищенными и неограниченными в передвижении.

Принадлежность лиц с инвалидностью к обществу и признание их достижений обеспечивается путем их интеграции в социум. Для таких целей многие учреждения образования, культуры и социальные центры обучают своих сотрудников этике взаимодействия с людьми с инвалидностью в целях оказания эффективной информационной и физической помощи. Включение лиц с инвалидностью в рабочий коллектив способствует их социализации, реализации своего творческого потенциала, ощущению своей полноценности и значимости для окружающих. Так, несмотря на имеющиеся ежемесячные выплаты по инвалидности, люди с ограниченными возможностями здоровья задействованы в трудовой деятельности. По данным Федерального реестра инвалидов доля работающих лиц с инвалидностью составляет 26,48 % от общего количества инвалидов трудоспособного возраста [6].

Реализация познавательных потребностей лиц с инвалидностью происходит путем адаптации существующих образовательных программ под нужды и возможности здоровья самих обучающихся. Например, в рамках высшего образования активно применяется дистанционная форма обучения для людей с тяжелыми недугами. Заведующая лабораторией инклюзивного образования МГПУ И. Ю. Левченко отмечает, что во время обучения преподаватели используют метод ассоциаций или нетрадиционных форм заданий [3], работу с материалом, адаптированным под особенности обучающегося (для студентов с нарушением зрения информация предоставляется в электронном виде и т.д.) [1].

Учреждения сферы культуры создают условия для людей с инвалидностью по удовлетворению эстетических потребностей. Так, большинство музеев столицы адаптированы для лиц с повышенными потребностями: в здании использован универсальный дизайн, выставочные пространства оснащены тактильными экспонатами, этикетками со шрифтом Брайля и рельефными макетами. Сотрудники музея организуют различные интерактивные формы организации музейной деятельности – праздники, концертные благотворительные мероприятия и спектакли, тематические беседы и встречи со специалистами, фестивали, мастер-классы, квесты, литературные вечера, чтения вслух, киноклубы с просмотром фильмов и их обсуждением, выставки, презентации, экскурсии с элементами сказкотерапии, песочной, игровой и музыкальной терапии и др. [2]. Такие мероприятия способствуют

интеграции лиц с инвалидностью в социум и возникновению диалога с сотрудниками и другими посетителями.

Включение индивида с отклонениями в физическом развитии в социальную среду, развитие его способностей, признание его успехов создают возможности для удовлетворения высшей потребности – в самоактуализации, творчестве и пр.

Таким образом, мы определили с использованием пирамиды потребностей А. Маслоу способы описания и прогнозирования нужд людей с инвалидностью, а также специфичных продуктов, дающих возможность их удовлетворять и чувствовать себя наравне с людьми, лишенными недугов. Но заметим, что для этого, как правило, требуются дополнительные и подчас значительные материально-технические и финансовые ресурсы, которые музейные организации, как и другие объекты социальной структуры, не могут сформировать самостоятельно и нуждаются в поддержке региональных органов власти, в привлечении средств региональных бюджетов и социальных программ [5, с. 47]. Кроме того должна происходить дальнейшая институционализация соответствующих социально-этических норм, облегчающих полноценное встраивание людей с ограниченными физическими возможностями в социальные сообщества, а также требуются ускоренное создание и развитие новых отраслей экономики и новых продуктов, дальнейшая информатизация всех процессов жизнедеятельности человека в деловом и личном пространстве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айсмонтас, Б. Б. Социально-психологическое сопровождение студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Б.Б. Айсмонтас, М.А. Одинцова // Психологическая наука и образование. – 2019. – Т. 22, № 1. – С. 71–80.
2. Булгакова, В. В. Теоретические и методологические аспекты социокультурной интеграции инвалидов в музейной среде [Текст] / В. В. Булгакова // Вести Кемеровского государственного университета культуры и искусств. – 2018. – № 30. – С. 96–106.
3. Дистанционное образование: педагогу о студентах с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Под ред. И. Ю. Левченко, И. В. Евтушенко, И. А. Никольской. – М.: Национальный книжный центр, 2016. – С. 14–17.
4. Донина, И. Н. Универсальный дизайн в социокультурной адаптации «особых» посетителей музейными средствами [Текст] / И. Н. Донина // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2017. – № 166. – С. 133–143.

5. Ломовцева, О. А. Условия и векторы развития социальной инфраструктуры регионов России [Текст] / О. А. Ломовцева, А. И. Мордвинцев // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2012. – № 2. – С. 46–53.

6. Федеральный реестр инвалидов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://sfri.ru> (дата обращения: 12.05.2020)

7. Maslow, A. Motivation and personality [Текст] / A. Maslow. – Rev. ed. New York: Harper and Row, 1970.

8. Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity [Текст] / E. Goffman. – New York: Prentice-Hall, 2018.

УДК 339.138:65.01

АЛГОРИТМ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ГЕОМАРКЕТИНГА В ВЫБОРЕ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Ольга Александровна Герасименко

доцент кафедры менеджмента и маркетинга, к. э. н.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Основная проблема, решаемая с помощью геомаркетинговых исследований – определение оптимального места продаж с целью максимизации прибыли и удобного способа размещения с позиции клиента. Геомаркетинг сочетает в себе как элементы геоинформационных технологий (ГИС), так и инструмент маркетингового анализа (определение территории/города для последующей экспансии, конкретного территориального местоположения, всесторонний анализ окружения выбранного помещения) [1, р. 1555; 2, с. 29].

С точки зрения системы здравоохранения необходимо ориентироваться на следующие обобщенные критерии:

- потоки проходимости клиентов;
- исследование внешней среды – плотность окружающего населения, половозрастная структура населения, структура доходов, пешеходная и транспортная доступность, анализ конкурентов.

Комплексный геомаркетинговый анализ подразумевает ряд элементов:

- методика/модели проведения геомаркетингового анализа;
- массив IT-данных, информация первичных и вторичных маркетинговых исследований;

- ГИС-технологии.

Алгоритм проведения геомаркетингового исследования представлен в табл. [3, с. 47; 4, с. 275].

**Алгоритм многофакторного анализа
при проведении геомаркетингового исследования**

Наименование этапа исследования	Характеристика этапа
Определение целей, задач	<ul style="list-style-type: none"> • исследование обеспеченности территории медицинскими услугами; • число больниц на численность населения; • число медицинских услуг на численность населения; • периодичность расчета – 1 раз/год мониторинг динамики плотности населения и медицинских трендов
Мониторинг территории и многофакторный анализ	<ul style="list-style-type: none"> • поиск целевой аудитории, использование следующих альтернатив информации: <ul style="list-style-type: none"> а) данные сотовых операторов (макроанализ); б) профилирование пользователей мобильных операторов (анализ геометки и объекта территории); в) многофакторная модель поиска целевой аудитории (ГИС-технологии, зависимость между факторами пространственной эффективности и факторами, привлекательными для целевой аудитории)
Локальный анализ	<ul style="list-style-type: none"> • фокусирование на благоприятных территориях и потенциальных коммерческих объектах; • определяем зону доступа и плотность ближайшего населения (число домов, квартир, численность проживающих); • расчет трафика (геопространственные данные сотовых операторов, профилирование абонентов); • оценка конкурентов (расчет трафика каннибализации населения, применение ГИС-технологий); • оценка территории привлекательности для клиента (близость торговых центров, детских садов, парков, бизнес-центров, школ)

Обозначим задачи в области геомаркетинга для открытия медицинских объектов [5, с. 211]:

- территориальная стратегия проектирования открытия сети частных клиник (применение геомаркетингового исследования);
- лидерство существующих клиник на локальном рынке, поиск дополнительных клиентов.

Под системой геомаркетинга системы здравоохранения понимается применение ГИС-технологий:

- отраслевая медицинская государственная информационная система (дополнение ГИС-технологии);
- подсистема геопространственных данных РФ (интегрированная информация социально-экономического, экологического состояния территории/территориального образования, интеграция данных с другими подразделениями ГИС – МЧС России, МПР России и пр.).

Смежными областями ГИС-технологий медицинского назначения выступают:

- ✓ социально-экономическая география;
- ✓ медицинская география;
- ✓ география транспорта;
- ✓ геоинформатика и статистика;
- ✓ картография.

Агрегируя модульную структуру медицинских ГИС-технологий, обозначим ее ключевые компоненты:

- ✓ анализа здоровья населения;
- ✓ управления и анализа медицинской инфраструктуры;
- ✓ диспетчеризации скорой медицинской помощи;
- ✓ космического мониторинга, анализа природных возбудителей заболеваний;
- ✓ многофакторного анализа и принятия решений.

Немаловажным достоинством применения ГИС-технологий является то, что возможно использование как отдельной информационной системы, так и в комплексе с другими информационными продуктами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Tkhorikov, B. A. Technology of municipal public health service assessment [Текст] / B. A. Tkhorikov // European Researcher. – 2011. – № 11 (14). – P. 1554–1556.

2. Тхориков, Б. А. Проектное управление в ЛПУ: опыт Белгородской области [Текст] / Б. А. Тхориков // Здравоохранение. – 2012. – № 7. – С. 28–32.

3. Глотов, А. А. Медицинская ГИС – основа интегральной оценки благополучия региона [Текст] / А. А. Глотов // Геоматика. – 2013. – № 3. – С. 45–49.

4. Герасименко, О. А. Ключевые бизнес-компетенции как экономическая категория [Текст] / О. А. Герасименко, Ж. Н. Авилова // Вестник Белгородского государственного технологического университета им. В. Г. Шухова. – 2016. – № 6. – С. 273–277.

5. Тхориков, Б. А. Геомаркетинг – новый концепт или прикладной инструмент бизнеса? [Текст] / Тхориков Б. А., Ломовцева О. А., Герасименко О. А. и др. // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2020. – № 49. – С. 199–213.

УДК 339.138

ПОРТАЛ «ПРОДОКТОРОВ» КАК ИНФОРМАЦИОННАЯ ПЛАТФОРМА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Рафаэль Риза оглы Зейналы

студент

Екатерина Вадимовна Поздняк

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель старший преподаватель
кафедры экономики и менеджмента **С. Е. Ситникова***

Маркетологами доказано, что отзывы потребителей напрямую влияют на имидж той или иной компании в глазах потенциальных клиентов и конкурентов. Отзыв – выражение сложившегося мнения по какому-либо вопросу. В современном мире, где социальные сети являются важным источником информации, отзывы в Интернете имеют большое значение для возможных клиентов.

Исходя из интернет-сайтов, статистика которых показывает их популярность и массовость, для анализа нами был выбран портал «ПроДокторов» – крупнейший сайт отзывов о врачах и клиниках России, где представлены более 1 млн реальных отзывов.

Целью данной работы является выявление наиболее успешной информационной платформы для частной медицинской организации.

В соответствии с намеченной целью были определены следующие методы: анализ информационной платформы «ПроДокторов», частные беседы с работниками медицинских учреждений г. Волгограда.

В ходе научной работы в целях узнать мнения медицинских работников нами были выбраны 3 медицинских учреждения г. Волгограда: Клиника семейной медицины, ГУЗ «ГКБСМП № 25» и клиника «Эндо-Визион». В ходе частных бесед, проведенных с работниками данных учреждений, было выявлено, что около 80 % из них склонны доверять сайту «ПроДокторов», считая его более надежным источником информации. В пользу этих доводов свидетельствует тот факт, что данный портал устроен так, что самостоятельно удалить с него отзыв почти невозможно. Процедура написания и публикации отзыва проходит следующим образом: пользователь пишет отзыв и регистрируется на сайте, оставляет свои контактные данные, спустя некоторое время ему приходит SMS с кодом, который пациент должен ввести, чтобы его отзыв попал в автоматический фильтр. Если все условия для публикации отзыва соблюдены (отсутствует ненормативная лексика, реальность отзыва подтверждена и т. д.), то он появляется на данной информационной платформе.

Подводя итог, отметим, что врачи относятся к отзывам по-разному. Одни не обращают внимания на негатив – невозможно быть хорошим для всех, другие исправляют ситуацию, а третьи пытаются удалить отзыв в судебном порядке. Анализируемый нами ресурс стал участником более 50 судебных дел, где отстаивал реальность отзывов пользователей.

Важно понимать, что врач не может нравиться всем. Кому-то нужен специалист жестче, кому-то мягче. В вопросе лечения подход специалиста является одним из ключевых факторов выздоровления. И что бы ни говорили о «ПроДокторов», главная цель – помочь врачам и пациентам начать лучше понимать друг друга, а значит, врачам повысить эффективность своей работы, а пациентам быстрее выздороветь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопян, А. Маркетинговая деятельность и логистика на медико-фармацевтическом рынке [Текст] / А. Акопян // Маркетинг. – 2017. – № 3. – С. 84-89.
2. Алексунин, В. А. Медицинские услуги: специальные маркетинговые исследования [Текст] / В. А. Алексунин // Маркетинг и маркетинговые исследования. – 2018. – № 5 (59). – С. 53–57.

УДК 659.4

ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГА ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Янина Андреевна Каширская

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель старший преподаватель
кафедры экономики и менеджмента С. Е. Ситникова*

Распространение инфекции COVID-19 произошло в самом начале 2020 года и затронуло все сферы человеческой жизни, а также деятельность многих организаций, включая частную медицину.

Для того чтобы организация держалась на «плаву» долгое время, ее необходимо активно продвигать. Среди всех элементов маркетинговой политики чаще всего выделяется реклама, которая выводит организацию на внешний рынок.

Реклама – направление в маркетинговых коммуникациях, в рамках которого производится распространение информации для привлечения внимания к продаваемым товарам и услугам (их свойства, характеристики, эмоции, вызываемые при использовании и т. д.) с целью формирования или поддержания интереса к нему.

В 2020 году самой актуальной темой, которая затронула всех, является пандемия COVID-19. В России многие организации, ведущие работы с общественностью, начали привлекать к себе внимание путем общения со своими клиентами о том, как можно интегрировать свою деятельность в новые условия жизни (карантин).

В ходе нашей работы мы собрали статистику количества лайков группы VK клиники «IDM clinic» [1], Instagram аккаунта клиники «Invitro» [2] и Instagram аккаунта клиники «Эс Класс Клиник» [3]. Первые упоминания в них о коронавирусе начались в начале марта.

Как показывает собранная статистика, до этого момента аудитория интересовалась в меньшей степени аккаунтами, посвященными медицине.

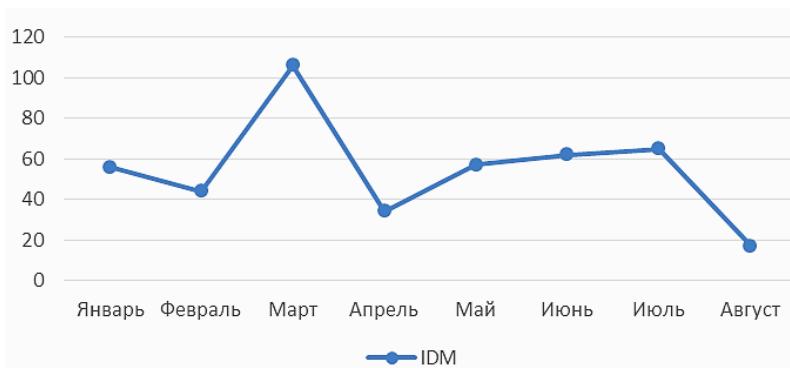


Рис. 1. Статистика популярности сообщества VK клиники «IDM clinic»

На рис. 1 отображена статистика популярности группы VK «IDM clinic». Первый пост, посвященный COVID-19, был выложен 17 марта и рассказывал о мерах предосторожности. В это время общество было заинтересовано в поиске информации о новом коронавирусе. Это и помогло клинике привлечь к себе внимание через социальную сеть. На графике четко виден скачок популярности в марте, когда началась паника из-за пандемии.

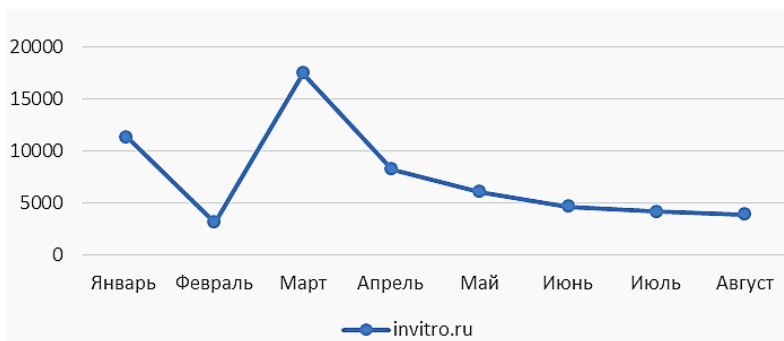


Рис. 2. Статистика Instagram аккаунта клиники «Invitro»

Статистика популярности Instagram аккаунта invitro.ru (рис. 2) показывает такую же информацию. Клиника начала публиковать первые материалы о проблеме COVID-19 в конце января (23.01.2020). В марте было выложено большее количество постов, посвященных

теме коронавируса. На графике явно наблюдается резкий рост заинтересованности аудитории к аккаунту @invitro.ru в эти месяцы.

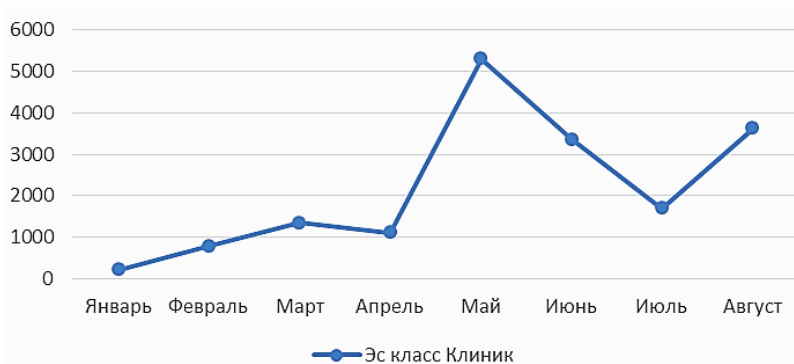


Рис. 3. Статистика популярности Instagram аккаунта клиники «Эс Класс Клиник»

Статистика популярности Instagram аккаунта «Эс Класс Клиник» (рис. 3) отображает резкий рост количества лайков в марте. Это происходит по той же причине. «Эс Класс Клиник» начали писать про COVID-19 и даже запустили свой марафон #КОРОНАБОЙ (первый пост 30.03.2020), в котором делились советами по профилактике. Но пик популярности страницы явно выражен в мае (5308 лайков), хотя постов по теме коронавируса не наблюдается.

Исходя из нашего анализа, мы можем сделать вывод, что маркетинговые материалы, посвященные теме COVID-19, позволили привлечь внимание аудитории к частным медицинским центрам. Клиники, которые использовали данные материалы в своих соцсетях, смогли привлечь к себе внимание. Их посты повлияли на количество потенциальных клиентов и популярность клиники в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сообщество VK клиники «IDM clinic» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vk.com/idmclinic>.
2. Instagram аккаунт клиники «Invitro» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.instagram.com/invitro.ru>.
3. Instagram аккаунт клиники «Эс Класс Клиник» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.instagram.com/sclassclinic_volgograd.

УДК 81-13

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ МОДЕЛИ ДИСКУРС-АНАЛИЗА К БРЕНД-ТЕКСТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Марина Александровна Князева

Волгоградский государственный технический университет

В современных экономических условиях возрастает роль брендинга как функции позиционирования свойств персоны, продукта, фирмы, которые субъективно воспринимаются как сулящие получение пользы, блага, выгоды, в сознании потребителей текста. В этой связи брендинг – это активный творческий процесс, который обусловлен не только рыночной ситуацией, качеством объекта брендинга и характеристиками аудитории-реципиента, но еще и сугубо лингвистическими особенностями. В современном языкознании все большее значение приобретает использование дискурсивного подхода к анализу текстов. Если принять расширенную трактовку текста как всех культурных артефактов, создаваемых человеком, то дискурс-подход как нельзя адекватнее позволяет анализировать это сложный феномен, используя интра- и экстралингвистические методы, средства и приемы. Дискурс можно определить как совокупность текста, социальной ситуации, в которой функционирует текст, и социальными (или – иначе – коммуникативными) действиями субъекта в широком диапазоне от продуцирования текста до его интерпретации, что соответствует трехмерной модели критического дискурс-анализа Нормана Фэркло.

Бренд-тексты, чьим основным функциональным назначением является брендинг, являются частью рекламного дискурса. При анализе бренд-текста следует учитывать и интердискурсивность – так, например, для медицинского вуза это может быть сложное взаимодействие академического, рекламного и медицинского дискурсов в социально-лингвистическом пространстве.

Основное назначение рекламных текстов – призыв к действию, выполняемый в форме различных речевых актов (квеситивов, промисивов и т. д.). Следует учитывать, что в критическом дискурс-анализе объектом изучения становятся не только письменная и устная речь, но и визуальные образы, композиция текста, надтекстуальные и интертекстуальные связи и т. д. При этом критический дискурс-анализ – это

еще и инструмент поиска внутри- и междискурсивных конфликтов, текстуальных лагов или излишеств, дисфункциональности в композиции текста и т. д.

Можно предположить, что в эпоху «экономики знаний» или «информационного общества» в качестве наиболее доступного источника бренд-текстов все большее значение будут приобретать интернет-сайты организаций. Действительно, даже при беглом взгляде на интернет-сайт Волгоградского государственного медицинского университета становится очевиден брендинговый потенциал первых двух закрепленных ближе к логотипу сайта текстов: (1) COVID-19: Информация о коронавирусе / About coronavirus и (2) Вниманию абитуриентов 2021 года.

Первый обращен ко всем посетителям сайта, к широкой аудитории. Однако его бренд-функция вытекает из специфики учебного учреждения как места профессиональной подготовки врачей. Очевидна его обособленность – текст-сводка про коронавирус визуально отделен от всех остальных рубрик сайта. Использование статистических данных и английского перевода вкупе с отсутствием подробностей ориентируют реципиента на восприятие данного текста как «объективного». Бренд вуза здесь мог бы быть поддержан гиперссылками на опыт студентов и сотрудников в борьбе с новой коронавирусной инфекцией, которые продемонстрировали бы подтверждение высокого уровня квалификации медицинских и научно-педагогических кадров ВолгГМУ. Однако брендинговый потенциал этого текста до конца не использован.

Второй ориентирован не на широкую аудиторию, а на узкую группу реципиентов – абитуриентов и, возможно, их родителей. Здесь также следует отметить склонность автора текста к «сухому» изложению данных без подробностей. Можно отметить, что текст второго также до конца не реализует свой брендинговый потенциал из неиспользования следующих моментов:

- фото главного корпуса заменено фотографией морфологического корпуса, который в плане узнаваемости уступает зданию на площади Павших Борцов, но такое решение, видимо, связано с местоположением подготовительных курсов;

- существует излишнее уточнение «Волгоградской и других областей», которое лучше в рекламном дискурсе заменять на призыв к участию абитуриентов из любых регионов;

- стиль изложения излишне деликатный вплоть до того, что основные выгоды получателя «прячутся» под фразами типа «программы ... предусматривают подготовку к ЕГЭ», в то время как очевидное отнесение этого текста к рекламному дискурсу (цель – привлечь внимание абитуриентов) делает более чем естественным использование апеллятивов и обращений вплоть до иньонктивов («выпускник, сдай ЕГЭ с нашей помощью!»);

- отсутствие нарратива успешного опыта обучения на подготовительных курсах с последующим поступлением или статистических данных на этот счет.

В целом, можно заключить, что использование текстов, которые неизбежно прочитает реципиент при обращении к конкретному коммуникационному каналу, в качестве брендирующих позволит более полно решать задачи вуза в пространстве рекламного дискурса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. COVID-19: Информация о коронавирусе / About coronavirus [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.volgmed.ru/ru/>
2. Вниманию абитуриентов 2021 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://www.volgmed.ru/ru/news/content/2020/08/27/9185/>

УДК 339.138

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

Федор Павлович Крутов

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель старший преподаватель
кафедры экономики менеджмента Н. М. Легенькова*

Маркетинг – вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей людей посредством обмена [1]. По определению В. З. Кучеренко, маркетинг в здравоохранении – это система принципов, методов и базирующихся на комплексном

изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем [2]. Необходимость внедрения концепции маркетинга в систему здравоохранения предопределено тем, что в настоящий момент в ней функционирует государственный, муниципальный и частный секторы, а также система медицинского страхования.

Медицинский маркетинг имеет ряд особенностей:

1. На рынке медицинских услуг существуют государственные и частные предприятия, что формирует развитие самого рынка.

2. Потребитель медицинских услуг имеет особый статус, так как это пациент, который обращается к специалисту за помощью. Медицинский работник, оказывая эту помощь, должен следовать всем установленным стандартам и порядкам, закрепленным государством законодательно.

3. В ценности самой услуги как решению проблемы клиента.

По оценке Deloitte к 2022 году объем расходов на мировом рынке медицинских услуг достигнет 10,059 трлн долларов [1]. По статистике на 2019 год рынок платных медицинских услуг в общей системе здравоохранения РФ достиг отметки 0,846 трлн рублей [2]. Структура рынка медицинских услуг в РФ в 2012–2021 гг.: 47 % – ОМС, 18 % – государственный сектор, 7 % – ДМС, 8 % – теневая медицина, 20 % – частное здравоохранение.

По итогам 2020 г. в России прогнозируется рост спроса на платные медицинские услуги. В связи со сложившейся в мире обстановкой, связанной с COVID-19 и вызванной им паникой, россияне все чаще обращаются в частные клиники для диагностики наличия вируса в крови за счет собственных средств, так как государственные учреждения производят данные исследования строго по показаниям, согласно прописанным алгоритмам. Но в то же время кризис жестко ударил по реальным доходам граждан, что в условиях существующей конкуренции между частными и государственными лечебными учреждениями вынудит пациентов сделать выбор в сторону последних, а это в итоге приведет к сокращению доли рынка легального коммерческого здравоохранения. Развитие рынка в сложившихся условиях будет сдерживаться, но медицинские услуги являются услугами первой необходимости, поэтому рынок здравоохранения выживет и будет сохранять стабильный уровень.

В результате анализа практики функционирования современного российского рынка медицинских услуг определены следующие тенденции развития маркетинга медицинских организаций в России [3]:

1. Развитие интернет-маркетинга медицинских учреждений.
2. Развитие маркетинга инновационных медицинских изделий и услуг.
3. Маркетинг медицинских работников.

BCG и исследовательским холдингом «Ромир» была проведена работа с 1200 респондентами по всей России из разных социально-демографических групп с углубленным исследованием по Москве. Российские потребители планируют тратить меньше во всех каналах, что приведет к усилению конкуренции и необходимости изменения подхода к маркетинговой активности компаний в период экономической нестабильности [4].

В условиях рыночной экономики потребитель является ключевым элементом. Потребительское поведение – это обобщающее понятие для факторов и процессов, определяющих экономическое поведение потребителя в контексте приобретения товара [5]. Ориентируясь на модели потребительского поведения, маркетинговая служба выстраивает свою политику. До развития пандемии спрос в B2C сильно зависел от ценовой политики и политики продвижения товаров маркетинговой службы – акции, снижение цены, скидочные предложения. В настоящее время в условиях сложившегося кризиса, потребитель делает свой выбор не по принципу снижения стоимости товара, а по принципу сочетания максимальной полезности с оптимальной ценой. Таким образом, ценность продукта является главным приоритетом. Кроме того, важнейшим условием выбора становится фактор безопасности. Сценарий развития ситуации в мире, перевернувший все в одно мгновение, изменил потребительское поведение людей, переставляя акценты на надежность и безопасность покупаемых товаров, что необходимо учитывать маркетинговым службам организаций здравоохранения при продвижении своих услуг.

Медицинский маркетинг относится к социальному маркетингу и имеет свою специфику. Данный бизнес ориентирован, прежде всего, на человека, его потребности, нужды и проблемы, поэтому государственные и частные учреждения, работают на рынке медицинских

услуг, как конкурируя между собой, так и сотрудничая, решая конкретные проблемы и подчиняясь принципам регламентированной стандартизации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www2.deloitte.com/ru/ru.html>
2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/>
3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://businessstat.ru/news/medicine_russia/
4. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://romir.ru/studies/issledovanie-bcg-i-romir-novaya-realnost-rossiyskogo-potrebitel'skogo-rynka-na-fone-pandemii-covid-19-i-prognoz>
5. Котлер, Ф. Основы маркетинга [Текст] / Ф. Котлер, А. Гари. – М.: Вильямс, 2016. – 752 с.

УДК 336.581.1

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ГОРОДСКАЯ СРЕДА КАК ОБЪЕКТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ИЗУЧЕНИЯ

Елена Николаевна Кукина

доцент, к. э. н.

Волгоградский государственный медицинский университет

Современный мир и связанная с ним урбанизация порождают физические и психологические риски для здоровья человека, что определяет необходимость формирования многокомпонентной и целостной «здоровой» городской среды. Здоровая городская среда предусматривает преобразование как физического, так и социального пространства.

Городское физическое пространство рассматривается как сложный и разнообразный организм, состоящий из природно-экологической, инженерной, транспортной, культурно-исторической, поселенческой сред. Все они образуют единую, дополняющую и постоянно меняющуюся систему, которая предоставляет жителям города полный набор функций. В этой связи совершенствование физического пространства городов в сторону «здоровой» городской среды представляется как снятие архитектурных преград, организация велосипедных дорожек и общественных пространств без табачного дыма, создание развитой сети детских площадок в парках, скверах, внутри дворов.

Основоположниками концепта «социального пространства» являются Г. Зиммель, М. Вебер, Э. Гидденс, П. Бурдьё.

Г. Зиммель считает, что «каждое социальное взаимодействие локализовано в определенном пространстве» [1]. В конечном итоге именно свойства городского пространства позволяют человеку быстро и эффективно адаптироваться к различным условиям жизни.

М. Вебер отражает модели расположения городов, составляет классификацию городов по их типам, изучает причины их возникновения. По мнению М. Вебера, город – это социокультурный феномен, особый тип общественных отношений, возникший в результате культурных, идеологических, ценностных явлений [2].

Э. Гидденс разделяет городское пространство на передний и задний план. При исследовании этих областей он учитывает мотивацию деятельности человека. Ученый делит городскую среду на промышленную и центральную, выделяя зоны. В индустриальном обществе промышленные зоны были на первом плане в физическом пространстве, то теперь эти зоны удалены за черту города [3]. Эту же тенденцию можно проследить, изучая процесс расселения людей. Раньше наиболее комфортным для проживания считался центр города, но в современных реалиях, под влиянием экологического кризиса, все большую популярность приобретает загородная местность.

П. Бурдьё призывает к четкому разделению социального и физического пространства [4]. С его точки зрения, социальное пространство имеет тенденцию реализовываться в физическом, более или менее полном и точном виде. Затрагивая тему социальной инфраструктуры, П. Бурдьё считает, что социальное пространство характеризуется определенным набором товаров и услуг, которые разделены на группы. Распределение выгод имеет тенденцию концентрироваться в одном месте, где немедленно концентрируются и благо-приобретатели. Это приводит к появлению мест, где проживают социально «однородные» люди.

Термин «социальная инфраструктура» появился в научных публикациях в сер. 70-х гг. XX века. В настоящее время большинство ученых интерпретируют инфраструктуру города как совокупность материальных элементов, которые создают и обеспечивают потребности человека в данный момент времени. Важнейшая составляющая социальной

инфраструктуры города – физическое пространство [5]. На наш взгляд, управление этим пространством с позиции здоровьесберегающей городской среды – это обеспечение равного доступа жителей к социальной поддержке и минимизация социальной изоляции.

Оценка степени сформированности здоровьесберегающего городского пространства – серьезная методологическая задача. В этой связи полезно обратиться к количественным и качественным методам исследования, расширяющим пространственный анализ.

Взаимосвязь между местом и здоровьем можно исследовать с разных точек зрения, принимая во внимание:

- пространственный анализ (взаимосвязь между практиками здорового образа жизни, показателями здоровья как с физической средой территории, так и с уровнем безопасности);
- психологический анализ (взаимосвязь между «чувством места», «чувством дома» с показателями здоровья, а также уровень общего доверия к медицинским учреждениям в рассматриваемом регионе/городе);
- социально-экологический и ландшафтный анализ (регулирование поведения, в том числе в сфере здоровья, нормами местного сообщества, социокультурными ресурсами и социальным капиталом сообщества по отношению к здоровью, а также роль терапевтических ландшафтов в укреплении здоровья населения).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зиммель, Г. Избранное в 2 т. Т. 2: Созерцание жизни [Текст] / Г. Зиммель. – М.: Юрист, 1996. – С. 592.
2. Вебер, М. Избранное. Образ общества [Текст] / М. Вебер. – М.: Юрист, 1994. – С. 309.
3. Гидденс, Э. Устройство общества: Очерк теории структуриации [Текст] / Э. Гидденс. – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2005. – С. 190.
4. Бурдьё П. Социология политики [Текст] / П. Бурдьё. – М.: Socio-Logos, 1993. – С. 38.
5. Калининкова, М. В. Социальная инфраструктура города как отражение качества физического пространства [Текст] / Калининкова М. В., Головина А. А. // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Социология. Политология. – 2020. – Т. 20, Вып. 2. – С. 128–132.

УДК 339.138

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Елена Анатольевна Морозова

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. п. н., зав. лабораторией стратегических
и маркетинговых исследований социальной сферы Н. В. Коваленко*

Современная рыночная экономика и рост конкуренции в различных сферах свидетельствует о том, что каждый клиент выбирает для себя оптимальный вариант, на который может повлиять цена, разнообразие услуг или выгодные условия. В сложившихся обстоятельствах любая компания старается не только привлечь новых клиентов, но и поддерживать с ними долгосрочные и взаимовыгодные отношения. Все вышесказанное в полной мере соотносится и с частными медицинскими организациями.

Целью настоящей статьи является изучение основных аспектов клиентоориентированности в медицинских организациях.

Задачами статьи являются:

1. Определение сущности клиентоориентированности.
2. Рассмотрение особенностей клиентоориентированности

в медицине.

Решение поставленных задач осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках системного, общепсихологического и логического анализа.

Клиентоориентированность представляет собой инструмент управления взаимоотношениями с клиентами, который направлен на получение устойчивой прибыли в долгосрочной перспективе.

Для того чтобы компания развивалась и успешно функционировала, формирование клиентоориентированного подхода должно происходить с учетом следующих принципов:

1. Умение слышать и понимать запросы клиента.
2. Добросовестность и честность по отношению к клиенту.
3. Способность удивлять.

4. Обеспечение высокого сервиса при сравнительно небольших затратах на его реализацию.

5. Внедрение клиентоориентированности на всех организационных уровнях [2].

Клиентоориентированный подход должен быть в обязательном порядке положен в основу частной медицинской практики, так как от количества клиентов зависит ее доходность и конкурентоспособность. При этом репутация и коммерческий успех частной медицинской клиники зависит не только от качества медицинских услуг, но и от того, как именно выстроено общение с клиентами на всех этапах работы с ним.

Клиентоориентированность в системе менеджмента частной медицинской организации должна состоять из следующих блоков:

1. Идеология, то есть система ценностей, в основе которой будут находиться пациент и его потребности.

2. Непосредственно медицинская услуга, в процессе оказания которой все должно быть направлено на удовлетворение потребностей и на качество оказания медицинской услуги.

3. Бизнес-процессы компании, которые должны быть отлаженными с точки зрения удовлетворения потребностей клиента.

4. Сотрудники, которые также должны быть клиентоориентированными и быть готовыми в любой момент прийти на помощь пациентам и коллегам [1].

Преимуществом клиентоориентированных частных медицинских организаций является то, удовлетворенный клиент при возникновении проблем со здоровьем снова обратится в медицинскую организацию, оставит положительный отзыв, а также сможет пойти на компромисс в случае возникновения внештатных ситуаций.

Таким образом, клиентоориентированный подход в частных медицинских организациях должен стать философией клиники, которая позволит обеспечить долгосрочное выгодное сотрудничество с клиентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронина, Л. А. Формирование стратегии проекта клиентоориентированности в сфере медицинских услуг [Текст] / Л. А. Воронина, Е. М. Земляная // Экономика: теория и практика. – 2019. – № 4 (56). – С. 41–46.

2. Юлкина, Е. М. Клиентоориентированность как ключ к эффективности предприятия [Текст] / Е. М. Юлкина // Научная гипотеза. – 2019. – № 16. – С. 23–25.

УДК 65.01

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Евгения Борисовна Москаленко

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент **С. А. Князев***

Огромная роль в развитии экономики государства принадлежит сфере услуг, в которой важное место занимает туризм. Российская Федерация на протяжении многих лет является привлекательной страной для культурного туризма. Наряду с ним набирает свою популярность медицинский туризм, который рассматривается как разновидность путешествия с целью получения лечебных и оздоровительных услуг. Этот вид туризма выполняет помимо социальной функции (лечение, оздоровление, реабилитация, профилактика), значимую для государства экономическую функцию.

Желаемая цель путешественника варьируется от спа-процедур до высокотехнологической помощи. По данным статистики наиболее востребованными с точки зрения медицинского туризма становятся услуги в сферах диагностики, акушерства и гинекологии, хирургии, стоматологии. Медицинский турист готов платить за доступ к комфортному лечению и высоким технологиям в стране пребывания. По прогнозам Всемирной ассоциации здравоохранения, через несколько лет медицинский туризм станет одной из главных отраслей мировой экономики.

Количество иностранцев, приезжающих в Россию на лечение, за последние два года увеличилось почти в два раза. В 2017–2018 гг., по данным Российской ассоциации медицинского туризма, страну посетило почти 20 000 медицинских туристов.

Большое значение для развития этой высокоприбыльной отрасли принадлежит инструментам государственного регулирования. К основным инструментам, которые используются на практике государственной поддержки рынка регионального медицинского туризма, следует отнести:

- административные (сертификация, аккредитация, визовые процедуры);

- законодательно-правовые (нормативно-правовые акты и документы);

- финансовые (налоговые, кредитные, таможенные, инвестиционные обеспечения).

Роль государства в развитии и формировании рынка медицинского туризма неопределима. Во многих странах разработано специальное законодательство по поддержке медицинского туризма. Например, Турция проводит политику субсидирования за лечение иностранных туристов, другие государства, такие как Южная Корея, берут на себя возмещение страховых рисков по медицинскому обслуживанию иностранцев.

Президентом Российской Федерации В. В. Путиным 7 мая 2018 г. был подписан Указ № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», где увеличение объема экспорта медицинских услуг до 1 млрд долларов в год позиционируется национальной целью. Для достижения указанной цели с 1 января 2019 года в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», который реализуется в 71 регионе РФ, в том числе, и в Волгоградской области.

В нашем регионе медицинскую помощь можно получить в амбулаторных и стационарных условиях, а также в целях дальнейшей реабилитации получить санаторно-курортное лечение. Помощь в выборе условий лечения пациенту оказывает медицинская организация в соответствии с запросом пациента.

Среди факторов, способствующих развитию экспорта медицинских услуг в нашем регионе, можно выделить:

- стоимость медицинских услуг (лечение в волгоградских клиниках обходится иностранцу на 40–80 % дешевле, чем на родине);

- качество предоставляемых услуг (по экспертным оценкам рынок в России становится все более конкурентоспособным);

- большое количество специализированных лечебных учреждений;

- короткие сроки оформления на получение медпомощи;

- широкий список безвизовых стран;

- уникальные климатические и природные условия;

- относительная близость к столице и развитая транспортная сеть;

- близость к курортам Кавказских Минеральных Вод.

К факторам, сдерживающим прогрессирующее медтуризм, относят:

- отсутствие на сайтах учреждений специальных вкладок на иностранных языках (информация о медицинских центрах, специализации лечебных учреждений, практикующих докторов);
- малое количество зарубежных партнеров, привлекающих туристов в регион;
- недостаточно высокая квалификация врачей;
- незнание врачами иностранных языков;
- устаревшая материально-техническая база больниц;
- отсутствие господдержки и контроля иностранного туризма;
- слабое использование цифровых технологий в медицине, которые должны помочь организовать качественные информационные материалы и донести до широкой зарубежной аудитории.

Данные табл. свидетельствуют, что Волгоградская область готова предложить широкий профиль медицинских услуг в высокоспециализированных учреждениях.

**Профиль медицинских учреждений, участвующих
в проекте «Медицинский туризм»**

Профиль	Название медицинского учреждения
Стоматология	ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2»
	ГАУЗ «Клиническая стоматологическая поликлиника № 3»
	ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9»
	ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 8»
	ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника»
Травматология и ортопедия	ГУЗ «Клиническая больница № 12»
	ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7»
Лабораторная диагностика	ГАУЗ «Клиническая поликлиника № 3»
	ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28»
	ГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 2»
Онкология	ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер»
Косметология и эстетическая медицина	ГАУЗ «Медицинский центр»

Окончание табл.

Профиль	Название медицинского учреждения
Гинекология и родовспоможение	ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7»
	ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2»
Офтальмология	Волгоградский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова»
	ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1»
Реабилитация	ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер»
	ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница»
	ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кардиологический центр»
	ГУЗ «Клиническая больница № 12»
	Филиал «СКК «Эльтон» ООО «Эльтон-Мед»
Неврология и эндокринология	ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25»
Кардиология	ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кардиологический центр»
	ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25»
Урология и нефрология	ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»
Многопрофильная хирургия	ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7»
	ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25»
	ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1»
Детское здоровье	ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница»
Оздоровление	Филиал «СКК «Эльтон» ООО «Эльтон-Мед»
	Центр реабилитации «Волгоград»
	Санаторий «Качалинский»
	Санаторий «Волжская Здравница»
	Санаторий «Ахтуба»

Таким образом, на сегодняшний день федеральный и региональный рынок медицинского туризма имеет четкую тенденцию к увеличению, поскольку это конкурентоспособный и высокоприбыльный сегмент мирового рынка услуг. Развитие экспорта медицинских услуг служит драйвером роста качества медицинской помощи населению нашей страны, а также формирования бренда российской медицины на международной арене.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новикова, А. И. Роль туристской деятельности в экономике Российской Федерации / А. И. Новикова [Текст] // Молодой ученый. – 2013. – № 11.
2. Никольская, Е. Ю. Тенденции развития и продвижения медицинского туризма в России [Текст] / Е. Ю. Никольская, А. А. Игнатьев. – М.: Русайнс, 2019.
3. Щербакова, А. А. Индустрия лечебно-оздоровительного туризма и направления ее модернизации. Проблемы развития территории [Текст] / А. А. Щербакова. – М., 2014.
4. Ветитнев, А. М. Курортное дело [Текст] : учебное пособие / А. М. Ветитнев. – 2-е изд., стер. – М.: КНОРУС, 2009.
5. Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», приложение к протоколу заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/medturizm>
6. Портал «Медицинский туризм в России» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://russiamedtravel.ru/ru/>
7. Маньшина, Н. Проблемы и перспективы развития лечебно-оздоровительного туризма в России / Н. Маньшина // Сессия «Санаторно-курортное лечение в России: реалии и перспективы» в рамках деловой программы Российской недели здравоохранения. г. Москва, 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://dr-manshina.blogspot.ru/2016/12/2016.html>

УДК 616-083-053:338

КОНКУРЕНТНЫЕ СТРАТЕГИИ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОМС

Татьяна Сергеевна Сергиенко

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента Е. Н. Кукина*

В Российской Федерации система медицинского страхования представлена двумя сегментами: ОМС и ДМС [1]. Добровольное

медицинское страхование не имеет специального регулирования и применяется в соответствии с общими правилами страхового законодательства. Закон «Об обязательном медицинском страховании» регулирует отношения участников в сфере обязательного медицинского страхования, правила страхования утверждаются Минздравом России [2]. Обязательное медицинское страхование выполняет в Российской Федерации значительную социальную функцию, связанную с защитой всего населения страны.

Добровольное медицинское страхование стремительно набирает популярность в России. В отличие от полиса обязательного медицинского страхования, ДМС дает реальную возможность бесплатно получить широкий спектр качественных медицинских услуг. Лучшие российские больницы и клиники попадают под действие страхования. Перечень заведений и необходимых услуг подбирается клиентом индивидуально. Медицинская страховая организация – это страховщик, права и обязанности которого определяют страхование как отдельный элемент финансовой системы. Таким образом, осуществляется деятельность по ДМС.

ОМС работает иначе. Страховщиком в ОМС является ФФОМС, именно на него поступают бюджетные средства ОМС. ФФОМС передает часть своих полномочий ТФОМС и СМО [3]. Страховая медицинская организация по согласованию с ФФОМС оплачивает счета медицинских организаций за счет целевых средств, поступающих от ТФОМС, контролирует объем и качество оказываемой медицинской помощи и защищает права застрахованных [3]. Закон о страховании применяется к страховым компаниям, осуществляющим ОМС, с учетом особенностей, установленных Законом об ОМС.

В мировой практике страхование здоровья определяется в зависимости от страхуемых рисков [4]. Полное медицинское страхование покрывает следующие группы рисков:

1. Стоимость медицинских услуг по следующим позициям:

- а) лечение;
- б) профилактика;
- в) реабилитация;
- г) медицинская и бытовая помощь.

2. Потеря личного дохода из-за нетрудоспособности:

- а) временной;
- б) постоянной.

Права граждан на бесплатную медицинскую помощь, гарантированную статьей 41 Конституции Российской Федерации, не реализуются в полном объеме. Рассмотрение рынка услуг обязательного медицинского страхования показало, что действующая система ОМС не оправдывает возлагаемых на нее надежд.

Финансирование обязательного медицинского страхования является бюджетным, источниками являются единый социальный налог (ЕСН), уплачиваемый работодателями, и платежи за неработающее население, предусмотренные в соответствующих бюджетах. Расчет платежей осуществляется на основе подушевых нормативов, утвержденных в каждом субъекте Российской Федерации [3].

Реформирование системы ОМС возможно с применением права гражданина на выбор страховой организации, а затем через страховщика, выбора медицинской организации и врача [5]. Формирование выбора создаст условия для конкуренции в системе ОМС.

В целях формирования конкурентной среды в сфере обязательного медицинского страхования необходимо изменить порядок осуществления обязательного медицинского страхования по нескольким параметрам:

1. Создание вертикальной системы фондов ОМС позволит усилить контроль над финансовыми потоками в системе ОМС. Обеспечит подчиненность ТФОМС региональным властям с целью обеспечения контроля целевого использования бюджетных средств и качества медицинских услуг, оказываемых неработающему населению. Это также позволит разработать единые стандарты производительности.

2. Создание условий для возникновения реальной конкуренции между медицинскими организациями за источники финансирования, а также между страховщиками и страхователями при сохранении социальной защищенности населения.

3. Оставить медицинские страховые организации в системе ОМС для ведения реальной страховой деятельности (заключать договоры страхования со страхователями, получать страховые выплаты от страхователей, формировать необходимые страховые резервы, нести страховой риск при наступлении страхового случая).

4. Разрешить работодателям активно участвовать в правоотношениях со страховщиками, что положительно скажется на объеме и качестве медицинских услуг.

5. Расширение перечня медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС.

6. Для усиления конкуренции необходимо увеличение количества страховых компаний на рынке ОМС.

7. Законодательно установить порядок отбора страховщиков и медицинских организаций застрахованными гражданами.

Перечисленные выше действия позволят повысить качество медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, создав конкурентную основу на рынке здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

2. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 г. Москва «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120802/

4. Егоров, Е. В. Социальное страхование: учебное пособие [Текст] / Е. В. Егоров. – М.: Экономистъ, 2008. – С. 205.

5. Бобровских, Н. В. Конкурентные стратегии: методология формирования и развития [Текст] / Н. В. Бобровских // Маркетинг. – 2012. – № 5. – С. 37–39.

УДК 316. 334. 61.

ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Дарья Сергеевна Ситникова

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель доцент кафедры экономики и менеджмента Н. В. Коваленко*

Медицинское обслуживание населения – одна из важных задач современной национальной стратегии. Однако из-за несовершенной законодательной базы в этой области основная часть фармацевтического

рынка ориентирована в основном на получение прибыли, что увеличивает вероятность того, что обычные люди будут покупать некачественные и ненужные лекарства. Современные условия требуют от каждого ответственного отношения к собственному здоровью, при возникновении заболевания следует обратиться к врачу, чтобы разобраться в его особенностях и получить консультацию специалиста о наиболее подходящем методе лечения. Однако под влиянием различных факторов люди предпочитают покупать лекарства, чтобы быстрее преодолеть симптомы. Эта практика приведет к потере здоровья, деньгам и, следовательно, к нарушению духовного равновесия человека.

Поведение потребителей начинается с осознания покупки товара (лекарств), которое возникает, если кто-то страдает хроническим заболеванием, требующим постоянного приема лекарств, или имеет периодические проблемы со здоровьем (например, простуду). Другими словами, когда у человека проявляются симптомы определенного заболевания, он понимает, что он не здоров. Следующий этап потребительского поведения – поиск информации. Этот этап в основном связан с выбором продуктов или услуг в рамках их видения, но еще не приобретенных. Однако когда человек осознает, что у него определенное заболевание, и понимает необходимость лечения, возникает вопрос: как он может найти информацию о конкретном лекарстве или лечении? Обычно при обращении к врачу люди пропускают этап поиска информации. Они безоговорочно доверяют рецептурным препаратам, прописанным экспертами, что обычно является нормальной практикой.

Лекарственное обеспечение населения является одной из стратегически важных задач современного государства, в связи с этим был проведен опрос среди людей от 20 до 29 лет. В опросе приняло участие 35 человек. Было выявлено, что чаще всего молодые люди покупают лекарства в обычной аптеке. На вопрос «Какую сумму в среднем Вы тратите на одну покупку лекарств?» ответы среди респондентов были распределены следующим образом: 6 % – «100–300 р.», 31 % – «300–500 р.», 28 % – «500–700 р.», всего 9 % – «700–900 р.», 11 % – «900–1100 р.», по 3 % опрошенных ответили как «1100–1300 р.», «1500–1700 р.», так и «1900–2100 р.», 6 % – «1300–1500 р.». На вопрос «При возможности выбора какой препарат вы бы приобрели?» респонденты ответили следующим образом: «Отечественный» назвали 17 %,

«Импортный» выбрали 28 %, большая часть опрошенных (54 %) ответили «Не имеет значения». На вопрос «Знаете ли вы, что такое лекарства-дженерики?» 49 % опрошенных ответили «Нет», а 54 % сказали «Да». Наконец, вопрос «Принимали ли вы решение о покупке, увидев какой-то лекарственный препарат на витрине?» получил 3 % ответов «Обычно так и делаю», 35 % сказали «Иногда» и 57 % ответили «Очень редко».

В завершении можно сказать, что для посетителей аптек характерна высокая степень необходимости качества получаемых лекарств, но очень низкая ответственность за свое здоровье. Со временем социальная роль потребителей лекарственных средств значительно увеличилась, а это значит, что этому нужно уделять больше внимания. Выявленная закономерность показывает, что общих исследований поведения конечных потребителей недостаточно. Чтобы лучше понять ожидания, потребности и мотивации посетителей аптек, необходимо рассматривать более узкие социальные группы по той или иной характеристике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богданова, Ю. Н. Выявление факторов и рисков, определяющих потребительское поведение на фармацевтическом рынке [Текст] / Ю. Н. Богданова // Вектор науки ТГУ. – 2019. – № 4. – С. 79–81.
2. Василенко, О. В. Потребительский риск: здоровье, деньги, душевное равновесие [Текст] / О. В. Василенко // Известия высших учебных заведений. Общественные науки. – 2019. – № 1 (9). – С. 38–43.
3. Полетаева, Т. В. Тенденции в поведении конечных потребителей: отношение к здоровью населения России [Текст] / Т.В. Полетаева // Эффективное управление. – 2019. – № 2. – С. 45–54.
4. Ткаченко, О. В. Факторы формирования потребительского поведения на рынке фармацевтических товаров в России: опыт социологического исследования [Текст] / О. В. Ткаченко // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – 2018. – № 2. – С. 71–80.

УДК 65.012.7

ИМИДЖ КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА РЫНКЕ

Ирина Валерьевна Чернышева

к. филос. н., доцент

Ирина Кабдрахимовна Черемушниковна

д. филос. н., доцент, профессор

Волгоградский государственный медицинский университет

Продвижение услуг на рынке медицинских и социальных услуг становится все более востребованным и ожидаемым навыком. Сегодня достаточно много времени уделяется коммуникативной и нарративной компетентности специалистов. Современные врачи и работники социальных служб признают важность овладения такой компетенцией. Они гораздо более профессионально владеют навыком общения, способны к хорошей презентации услуги и установлению эффективной коммуникации с пациентом или клиентом-потребителем услуги.

Однако коммуникация по-прежнему осмысливается и рассматривается только в ее вербальной составляющей, в то время как имидж и его роль в коммуникации не осознается как главный инструмент влияния на пациента или клиента в процессе принятия решения о приобретении услуги или отказе от нее.

Автор, опираясь на собственный опыт проведения семинаров и тренингов, обосновал важность имиджевой составляющей в коммуникации, сформулировал основные направления в практической подготовке специалистов здравоохранения и социальной сферы, показал способы формирования навыка управления собственным имиджем в коммуникации.

Способность продвигать социальные и медицинские услуги на рынке становится сегодня одним из важнейших профессиональных умений, ожидаемых от любого специалиста группы профессий «человек – человек» и группы «помогающих профессий», куда входят врачи и социальные работники. В сфере медицины ситуация осложняется тем, что врачи и пациенты используют разные виды дискурсивных практик, так как врачи и пациенты встречаются на пересечении двух разных

«чувственных универсумов» (термин У. Эко), а в их общении встречаются две разные картины мира – научная и эмпирическая [1]. Не случайно нарративная и дискурсивная компетентность врача становится важнейшей частью и условием успешной профессиональной коммуникации [2]. Дискурсивная компетентность подразумевает способность врача адекватно интерпретировать информацию, полученную от пациента.

В связи с этим сегодня достаточно много времени уделяется коммуникативной и нарративной компетентности специалистов этой сферы. Проблема осмыслена учеными и практиками, об этом много пишут [3, 4, 5, 6, 9], проблема признается руководителями всех уровней, и нельзя сказать, что за последние годы не произошло никаких позитивных изменений. Современные врачи и работники социальных служб признают важность овладения такой компетенцией. Они гораздо более профессионально владеют навыком общения, способны к хорошей презентации услуги и установлению эффективной коммуникации с пациентом или клиентом-потребителем услуги. Однако коммуникация по-прежнему осмысливается и рассматривается только в ее вербальной составляющей, в то время как имидж и его роль в коммуникации не осознается как главный инструмент влияния на пациента или клиента в процессе принятия решения о приобретении услуги или отказе от нее.

Цель данной работы состоит в том, чтобы обосновать важность имиджевой составляющей в коммуникации, сформулировать основные направления в практической подготовке специалистов здравоохранения и социальной сферы, показать способы формирования навыка управления собственным имиджем в коммуникации.

Опираясь на современные теоретические подходы, описывающие роль имиджа в коммуникативном и смысловом пространстве, в том числе в профессиональной коммуникации, а также на результаты наблюдений, полученных в ходе проведения тренингов с работниками здравоохранения и специалистами социальной сферы, обозначить рамочный комплекс знаний, умений и навыков, необходимых для продвижения услуг на рынке.

Новизна заключается в обосновании положения о том, что подготовка к эффективной профессиональной коммуникации не должна представлять собой только развитие вербальной коммуникации, на которой обычно концентрируется большинство тренингов и программ. Специалист должен научиться управлять имиджем и стремиться к расширению поведенческого репертуара в самопрезентации.

Продвижение услуг на рынке медицинских и социальных услуг становится все более обыденным явлением. Разумеется, речь идет о добросовестном предложении, а не о навязывании избыточных услуг, о ситуациях, когда услуга реализуется действительно во благо потребителю, и, принимая такое решение, потребитель ощутимо улучшает качество жизни. В таких случаях единственным препятствием в ее получении является либо недостаток информации, либо недостаточный уровень доверия к конкретному специалисту, неуверенность в том, что он защищает интересы потребителя. Налицо ситуация, когда имиджевая составляющая не отвечает ожиданиям потребителя. Конкретный специалист оказывается в ситуации, когда «картинка» не подкрепляет презентацию услуги, а, напротив, рождает сомнения в услышанном. Продавец услуги в данном случае (будь то врач и работник социальных служб) не является для потребителя ни «значимым», ни «привлекательным».

Продавец должен вызывать у покупателя неосознанную позитивную реакцию. Американский маркетолог Дж. Траут, который считается признанным специалистом в области позиционирования, точно подметил, что в современной ситуации, когда выбор товаров и услуг избыточен, «вы «продаете» и «продвигаете» не товар, а свой имидж»; «вы никогда не сможете продать услугу потребителю, если не вызовете у потребителя доверия на подсознательном уровне и не создадите позитивную установку на свой имидж»!

Какова же роль имиджа в коммуникации? В любой культуре одним из главных является представление о телесной норме. Р. Шустерман справедливо заметил, что все социальные нормы и ценности «вписаны в тела» [7]. В социально-культурном, в том числе и профессиональном пространстве идет постоянный процесс обмена смыслами, объективированными в имиджах их владельцев. Обобщенный или так называемый нормативный имидж являет собой пример аккумуляции важных для данной среды смыслов, закрепленных в типическом образе. Все случайное в таком образе отсеивается, остается лишь то, что достигает самой высокой степени обобщения, работает на раскрытие основных идей, в нашем случае – уровня профессиональной культуры. Далее, знаки этого образа (имиджа), расшифрованные и закрепленные в сознании потребителя, влияют на поведение индивида, регулирует его, подталкивает к заданным этим образом поведенческим реакциям.

В коммуникации очень важна «картинка» – тело и все, что непосредственно соединено с телом. Наш габитус (характеристики и пропорции тела, индекс здоровья и степень ухоженности), одежда, прическа, обувь, украшения, аксессуары являются семиотическими текстами. Эти знаки могут довольно легко расшифровываться в коммуникации [8].

Выводы. Можно обозначить следующий рамочный набор теоретических представлений, необходимых специалистам для успешного решения задачи продвижения услуг:

- роль имиджа в акте восприятия – оценки;
- роль сфер сознания и подсознания в формировании образа и принцип «поддачи двойного сигнала»;
- каналы движения имиджформирующей информации;
- структурные компоненты имиджа.

Комплекс практических навыков может представлять собой следующий набор:

- техники оценки образа и вхождения в образ;
- техники перевода ожидаемых клиентом качеств в контексты (визуальный, кинетический, средовой);
- техники приветствия и выхода из контакта;
- техники использования визуального контакта;
- техники контроля и блокировки негативных сигналов;
- техники контроля мимики и жестов;
- контроль интонации;
- умение выглядеть наилучшим образом – избегать ошибок в одежде, макияже, выборе прически, украшений и запахов.

Следует помнить, что существует прямая связь между совокупностью смыслов и возникающей трактовкой образа. Имидж играет в этом процессе важнейшую роль. Именно он способствует непосредственной объективации норм, качеств, и ценностей. Значение имиджа как инструмента общения и влияния трудно переоценить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Черемушникова, И. К. Асимметрия культурных кодов и нарративная компетентность в коммуникации врач-пациент [Текст] / Черемушникова И.К., Петрова И.А. // Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 8. – С. 223–225.

2. Жура, В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография [Текст] / Жура В. В. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008.
3. Черемушникова, И. К. Коммуникативная компетентность врача в условиях медиализации культуры / Черемушникова И. К., Петров А. В., Медведева Л. М. // Социальная сфера экономики: исследования, проблемы и перспективы развития: Монография. – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2015. – С. 200–219.
4. Charon, R. Narrative medicine: Honoring the stories of illness [Текст] / Charon R. – NY: Oxford University Press, 2006. – P. 26.
5. Грошев, И. Профессиональные и личностные качества врачей-мужчин и врачей-женщин [Текст] / Грошев, И. // Врач. – 2011. – № 13. – С. 66–69.
6. Чернышева, И. В. Нарративная и коммуникативная компетентность как необходимые составляющие профессиональной коммуникации в медицине [Текст] / Чернышева И. В., Черемушникова И. К. // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». – М., 2019. – С. 367–370.
7. Шустерман Р. Мыслить через тело: гуманитарное образование [Текст] / Шустерман Р. // Вопросы философии. – 2006. – С. 56.
8. Черемушникова, И. К., Имиджология [Текст] : Учебное пособие / Черемушникова И. К., Петрова И. А., Чернышева И. В. – Волгоград: Издательство: ВолГМУ, 2013. – С. 34.
9. Денисова, О. В. Основные факторы и направления роста спроса на знания в условиях инновационной экономики [Текст] / О. В. Денисова, С. Е. Ситникова // Науковедение. – 2014. – № 6 (25). – С. 89.

УДК 65.01

БЕНЧМАРКИНГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Екатерина Викторовна Языкова

магистрант

Алексей Михайлович Поздняков

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент, заведующий кафедрой экономики
и менеджмента **С. Ю. Соболева***

За последние годы, в практике повышения качества услуг все большую известность приобретает инструмент бенчмаркинга, и он стал одним из эффективных методов совершенствования работы организации и вошел в число самых популярных инструментов управления.

В статье рассмотрен бенчмаркинг на примере нового направления «медицинская реабилитация» и новой специальности «врач физической и реабилитационной медицины». Уровень развития медицинской реабилитации в европейских странах со своими возможностями применения аппаратных методик и комплексного подхода к реабилитации и абилитации пациентов стал основой реформирования современной системы медицинской реабилитации в России.

Бенчмаркинг (Benchmarking) – постоянный процесс анализа, в ходе которого измеряются данные относительно продуктов, услуг, процессов и производственных технологий на ведущих предприятиях. По толкованию из другого источника, бенчмаркинг – это процесс определения, понимания и адаптации имеющихся примеров эффективного функционирования компании с целью улучшения собственной работы.

Рассмотрим возможности применения бенчмаркинга в системе здравоохранения. Такой процесс анализа и оценки может проводиться как внутри организации (внутри медицинского учреждения), так и между различными учреждениями. Возможность бенчмаркинга внутри организации проводится путем сравнения работы отдельных результатов отдельных сотрудников или различных отделений. Результат такого анализа во многом может повлиять на систему управления медицинской организацией: улучшить организационные подходы, выявить цели и способы работы.

Применение бенчмаркинга при сопоставлении деятельности различных организаций дает возможность выявить проблему в логистике, в управленческих функциях, разработать стратегию развитию учреждения, внести в работу новые методы, повысить мотивацию персонала на достижение конечных результатов; создать работающий механизм постоянного улучшения процессов организации оказания медицинской услуги.

Бенчмаркинг в России, а тем более в здравоохранении на данном этапе плохо развит. Наша страна в связи со своей большой территорией имеет большое количество различных климатических и социально-экономических различных регионов, где уровень медицины развит по-разному. Это зависит от финансирования региона, удаленности от центра, заболеваемости населения и потребности к различным медицинским сферам. В связи с этим сравнение городской больницы

и федерального научного центра является просто невозможным, даже если имеет одно направление в лечении. Действительно, в сфере здравоохранения это совсем разные медицинские организации – наличие квалифицированных кадров, высокоточного современного медицинского оборудования, оснащение расходными материалами, различные финансовые ресурсы, различная возможность оказания платных медицинских услуг (зависит от платежеспособности населения). В результате мы можем говорить о бенчмаркинге только схожих учреждений.

Разберем пример бенчмаркинга в новом направлении медицинской деятельности Российской Федерации – медицинской реабилитации. В Европе специальность «Врач физической и реабилитационной медицины» была утверждена на саммите в 1949 г. в Риме. Физическая реабилитационная медицина (ФРМ) признана как самостоятельная структура на международном уровне и является партнером крупных международных организаций, включая Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ).

В России должности «врач по медицинской реабилитации» и «медицинская сестра по реабилитации» были включены в Номенклатуру должностей медицинских и фармацевтических работников приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н. А новая специальность «врач физической и реабилитационной медицины» была утверждена еще позже Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации». Врач ФРМ – это врач, который обладает необходимыми компетенциями в вопросе реабилитационных процессов. Он может правильно организовать процесс и обеспечить необходимой помощью не только инвалидов, которые составляют порядка 9,2 млн человек в России, но и других пациентов. Всего, по данным Минздрава, в России потребность в реабилитации различной степени сложности испытывают около 25 млн человек.

Также важно заметить, что врач физической и реабилитационной медицины и будет лечащим врачом пациента. А сейчас эту обязанность исполняет невролог, травматолог, кардиолог или иной другой специалист, в зависимости от случая пациента. Кроме того, в обязанности

профильных сотрудников будет входить и консультация коллег по различным вопросам в рамках их компетенций.

Новая специальность для РФ в мире существует уже давно, и в здравоохранение нашего государства позаимствовала модель нового направления в других странах как лучший образец для применения.

Отличительной чертой системы бенчмаркинга от других методик сопоставления с лучшими результатами является то, что сравнение идет не столько с лидерами в данной отрасли, сколько с лучшими организациями, находящимися в похожих условиях существования. Применяя данную методику в здравоохранении, руководителям необходимо ориентироваться не на лучшие показатели работы медицинских организаций в нашей стране и за рубежом, а на лидеров среди организаций здравоохранения одного номенклатурного уровня у себя в регионе или соседних областях. И когда результаты достигнут высшего уровня на данном этапе, необходимо наметить более высокий уровень развития своей деятельности и завоевывать новые позиции, ориентируясь сначала на общероссийский, а потом уже на мировой уровень.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куликова, И. Б. Электронный бенчмаркинг качества медицинской помощи как инструмент повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена [Текст] / И. Б. Куликова, А. Г. Немков, А. П. Потапов // Управление качеством в здравоохранении. – 2017. – № 1. – С. 37–47.
2. Идилов, И. И. Менеджмент в здравоохранении: региональные особенности, системная интеграция, инновационные решения [Текст] : Монография / Идилов И. И., Сагов А. И., Исаев Т. М. – М: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2013. – 384 с.
3. Брезе, В. А. Бенчмаркинг как инструмент совершенствования деятельности компании [Текст] / В. А. Брезе, В. А. Дашкевич // Новая наука: стратегии и векторы развития. – 2016. – № 2–1 (64). – С. 57–60.

УДК 338.24

МАРКЕТИНГ КОММУНИКАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Татьяна Александровна Шильцова

доцент, к. э. н.

Кубанский государственный медицинский университет

В современных условиях усиление конкуренции лечебно-профилактической и медико-производственной деятельности хозяйствующих субъектов рыночной экономики предполагает освоение новых методов функционирования рынка медицинских товаров и услуг для эффективного использования медицинских ресурсов и удовлетворения возрастающих потребностей населения.

Комплекс коммуникативного маркетинга в коммерческом здравоохранении призван обеспечить выбор производимого товара, продвижение продаж, получение прибыли, выявление тенденций соотношения спроса и предложения в процессе реализации конкурентной стратегии организации. Выпуск и реализация медицинских товаров и услуг при низких затратах учитывает интересы потребителей, так как в силу значимости здоровья для населения возрастает спрос на доступные эффективные средства лечения.

В сложившейся экономической ситуации возрастает число обращений граждан в медицинские организации. К примеру, число организаций различных форм собственности, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению, в 2018 году увеличилось по сравнению с 2016 годом на 5,8 %. Число посещений врачей в 2018 году снижается на 4,5 %. Рост заболеваемости наблюдается с 2010 года на 3,1 %, что напрямую связано с количеством обращений граждан за медицинской помощью. Тенденцию снижения количества обращений характеризует ситуация уменьшения числа лечебно-профилактических организаций. Так, в 2018 году, по сравнению с 2016 годом наблюдается снижение темпов роста по больничным организациям на 1,9 %, диспансеров на 6,2 %, стоматологических поликлиник на 6,0 %, санаторно-курортных организаций на 4,2 %. Число больничных коек по специализациям за аналогичный период характеризуется снижением

темпов роста. Наибольшее уменьшение наблюдается по гинекологическому и туберкулезному профилям – 5,5 и 5,6 % соответственно. В аварийном состоянии в стационарных и амбулаторных условиях находится 0,9 % зданий лечебно-профилактических организаций здравоохранения. Требуют капитального ремонта 16,7 % стационарных и 11,8 % амбулаторных фондов [1].

С одной стороны, основными принципами маркетинга коммуникаций, в сложившейся ситуации, выступает увеличение числа лечебно-профилактических организаций, профессионализм и кадровая обеспеченность квалифицированным персоналом, рациональные формы организации обслуживания населения, современное технологическое оснащение, создание механизмов быстрого реагирования на угрозу жизни, продвижение продуктов медико-предпринимательской деятельности на государственном уровне. С другой стороны, немаловажную роль играет маркетинговая коммуникация, реализуемая в совокупности сигналов субъекта медико-производственной деятельности в адрес потенциальных клиентов, коммерческих партнеров, инвесторов. Для привлечения внимания платежеспособных пациентов коммерческие медицинские организации обязаны поддерживать свой имидж, приверженность и частоту потребления услуг. Информационное воздействие на различные аудитории, укрепление связей медицинской организации с общественностью повышает уровень доверия потребителей к предоставляемым услугам.

Существующие средства маркетинговой коммуникации способствуют инвестиционной привлекательности, стимулированию и расширению каналов сбыта, сбору и распространению информации, установлению контактов среди поставщиков медицинских услуг. В современных рыночных условиях целесообразно применение интегрированных маркетинговых коммуникаций. Такие вопросы как распределение коммуникационного бюджета между коммуникационными каналами с учетом целей и особенностей продвигаемой услуги требуют определения эффективных механизмов продвижения продукта. Так, применяя «бережливые технологии» существенно повышается доступность и критерий качества медицинской помощи населению, своевременность и информированность. Помимо критериев, описывающих конечное состояние системы, как, например, количество пересечений потоков

при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов, есть критерии, которые отражают такую характеристику медицинской организации, как гибкость и адаптивность, то есть способность постоянно изменяться с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи и роста удовлетворенности пациентов [2].

Применение коммуникационного комплекса маркетинга в виде расширения каналов распределения товаров, стимулирования сбыта, установления контактов, ресурсосберегающих технологий для повышения качества медицинской помощи, связи с общественностью позволит добиться совершенствования потребительских свойств продукта. Совокупность средств маркетинговой коммуникации способствует продвижению продуктов медико-предпринимательской деятельности к потенциальным потребителям медицинских услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здравоохранение в России. 2019 [Электронный ресурс] : Стат.сб. / Росстат. – М., 2019. – 170 с. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2019.pdf>.
2. Алексеенко, С. Н. Особенности управления изменениями в медицинской организации в рамках реализации федерального проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» [Текст] / С. Н. Алексеенко, В. Ф. Арженцов, Л. В. Верменникова, Д. В. Веселова, В. С. Дегтярев, В. И. Стародубов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – Т. 26, № 5. – С. 18–28.
3. Попов, З. С. Коммуникации в медицине [Текст] / Попов З. С. // Молодежь и наука 2017. Сборник научных трудов II Всероссийской студенческой научно-практической конференции. – М., 2017. – С. 98–100.

8. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 65.012.7

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Екатерина Валерьевна Башилова

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. доцент, заведующий кафедрой экономики
и менеджмента **С. Ю. Соболева***

В условиях пандемии COVID-19 деятельность медицинского персонала не просто усложняется, а требует от данной категории работников высокого профессионализма, самоотверженности, самоотдачи и повышенной стрессоустойчивости [1]. Особое значение приобретает система психологической поддержки медицинских сотрудников, которая должна решать комплексные задачи, связанные не только с поддержанием благоприятного психологического климата в коллективе, но и здоровья самих медиков. Усиление нагрузки практически на всех специалистов в здравоохранении, несомненно, негативно отражается на их психическом состоянии, так как в условиях эпидемии приходится работать не один месяц.

Проблемой является то, что психологическая поддержка российских медицинских работников как действенный инструмент укрепления их здоровья и морально-психологического состояния – это больше разовые мероприятия (акции), вызванные форс-мажорными обстоятельствами, а не система, которая имеет цель, задачи, базируется на четких принципах и действиях. И пока ситуация не будет изменена коренным

образом, медицинские работники находятся под угрозой не просто срыва и морального истощения, а постоянного дистресса. Это, в свою очередь, негативно отражается на качестве предоставления медицинской помощи гражданам.

Следовательно, организация и функционирование системы психологической поддержки медицинских работников является необходимостью, которую нельзя игнорировать, так как последствия могут быть разрушительны и невосполнимы.

Цель исследования: разработать направления психологической поддержки медицинских работников государственное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» («ГУЗ ГKBСМ № 25») г. Волгограда на основе выявления состояния психологического климата медработников одного из структурных подразделений больницы.

Задачи: 1) изучить состояние психологического климата в коллективе; 2) определить проблемы, имеющиеся в коллективе; 3) организовать психологическое сопровождение коллектива для создания условий улучшения социально-психологического климата в подразделении больницы.

Работа штатного психолога в исследуемой медицинской организации (МО) строится с учетом профессиональных компетенций, оценки синдрома эмоционального выгорания медработников, состояния уровня психологического климата и иных условий деятельности персонала.

Должностная инструкция психолога «ГУЗ ГKBСМ №25» включает в себя следующий функционал: осуществление профессиональной деятельности, направленной на оптимизацию труда медицинских работников, повышение их психологической компетентности.

Основные направления деятельности психолога:

- изучение влияния психологических, экономических, организационных факторов на трудовую деятельность медперсонала;
- исследование особенностей трудовой деятельности и психологических характеристик групп медперсонала, выявление наиболее актуальных проблем, требующих решения, разработка рекомендаций по их устранению;
- осуществление первичной (и при необходимости повторной) психодиагностики лиц, поступающих на работу в лечебно-профилактическое учреждение;

- оказание индивидуальной и групповой консультативной психологической помощи сотрудникам [2].

Работа психолога в «ГУЗ ГКБСМ № 25» осуществляется на основе: психодиагностики, психоконсультирования, психопрофилактики, психокоррекции, психопросвещения и общего психологического сопровождения, который представляет собой совокупность последовательных действий психологической службы (психолога) по организации повышения квалификации руководителей и специалистов МО по вопросам психологии, управления, психотерапии, а также их личностного и профессионального роста.

Состояние морально-психологического климата в коллективе больницы характеризует характер совместимости членов трудового коллектива, их психологическое единство, степень сплоченности, наличия общих обычаев, традиций, организационной культуры в целом. Специфику социально-психологического климата определяет психологическая атмосфера, которая формируется под влиянием психического состояния членов коллектива, которая проявляется в их общении друг с другом и в стиле совместного поведения [3].

Оценка уровня психологического климата в коллективе показала наличие проблем, связанных с повышенным уровнем конфликтности в коллективе, который обусловлен сложными условиями труда в условиях пандемии (увеличением нагрузки на врачей), не доставочными коммуникативными связями, справедливой оплаты труда медиков.

Выводы: деятельность медперсонала в условиях COVID-19 сложна и ответственна, что сказывается на его психическом состоянии негативным образом. Медицинские работники ежедневно подвергаются чрезмерным нагрузкам. Они обязаны работать в костюмах химзащиты, соблюдая все меры безопасности, хотя это весьма затруднительно (имеется в виду дыхание, определенное ограничения в движении). С тем чтобы не допустить деструктивные явления, связанные с СЭВ, ухудшением психологического климата в коллективе и другими негативными изменениями работа психолога должна быть системной и учитывать специфику труда медицинских работников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Правовая и психологическая поддержка медицинских работников и медицинских организаций в условиях пандемии COVID-19 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://xn--80afcdbalict6afooklqi5o.xn--p1ai/public/application/item?id=AA99E288-6E0B-428C-8B9D-EC998E7C6AB9>

2. Сайт государственного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://kb25.ru/>

3. Соболева, С. Ю. Пути управления социально-психологическим климатом в медицинской организации [Текст] / С. Ю. Соболева, Е. Н. Кукина // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2017. – № 3. – С. 11–14.

УДК 65.015.3

К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Мария Алексеевна Бражникова

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. **С. А. Князев***

Определение уровня профессиональной подготовки медицинского персонала представляет собой один из механизмов государственного контроля качества подготовки медицинских работников.

Однако до настоящего времени остается нерешенным вопрос регламентированности критериев оценки компетентности врача-специалиста, претендующего на присвоение квалификационной категории самого процесса проведения.

Аттестация является добровольной и проводится аттестационными комиссиями по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей. Аттестация проводится один раз в пять лет. Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении. Специалисты могут претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории [1].

Нами рассматривается возможность приведения процесса аттестации медицинского персонала к единому стандарту. Алгоритм оптимизации системы аттестации медицинских работников представлен на рис.

Первый этап процесса аттестации медицинских работников должен включать в себя разработанную форму планов проведения аттестации, четко установленные сроки предоставления аттестационных документов в аттестационную комиссию.



Рис. Алгоритм оптимизации системы аттестации медицинских работников

Подготовка аттестационного отчета подразумевает под собой процесс составления папки документов, включающих: заявление на присвоение квалификационной категории, отзыв руководителя медицинской организации, в которой осуществляет свою деятельность медицинский работник, собственно отчет о проделанной работе врача-специалиста за последние три года, рецензию (экспертное заключение) от имени специалиста в данной области (как правило, данным экспертом выступает заслуженный сотрудник кафедр высших учебных заведений, профессор или главный внештатный специалист комитета здравоохранения по данному профилю специальности).

Подготовленная работа должна быть передана на рассмотрение членам аттестационной комиссии, что может быть организовано в виде упорядоченного предоставления работ представителем администрации медицинской организации в соответствии с графиком работы аттестационной комиссии.

Сроки работы эксперта аттестационной комиссии – не позднее 10 дней перед регистрацией аттестационной работы.

Сдача квалификационного экзамена – после регистрации аттестационной работы.

Подготовка итогового приказа по результатам аттестации и выписка удостоверений о присвоении квалификационной категории должны производиться по заданным параметрам строго регламентированно, согласно образцу.

Таким образом, оптимизация системы аттестации медицинских работников может быть достигнута путем проведения последовательных мероприятий. Четкая алгоритмизация процесса аттестации медицинских работников поможет усовершенствовать регулирование государственного контроля качества подготовки специалистов, позволяющее улучшить оказание квалификационной медицинской помощи населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 23 апреля 2013 г. № 240н г. Москва «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70412100/>

УДК 61:316:796:61

КАТЕГОРИЯ «РИСК»: ОСНОВНЫЕ ДЕФИНИЦИИ И СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

Евгений Геннадьевич Вершинин

к. м. н., доцент, заведующий кафедрой медицинской реабилитации
и спортивной медицины

Светлана Юльевна Соболева

к. э. н., доцент, заведующий кафедрой экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

Тематика риска и рискованного поведения в последнее время все больше обращает на себя внимание специалистов из различных областей и становится предметом научных исследований. Элементы

риска присутствуют во всех видах задач, включая социальные, экономические, военные, политические, бытовые и даже творческие [1], тем самым проблема предотвращения рисков и рискованного поведения человека остается одной из самых актуальных. В толковом словаре русского языка С. И. Ожегова слово «риск» трактуется как «возможность опасности, неудачи» и «действие наудачу в надежде на счастливый исход» [2]. В иностранной литературе слово «риск» часто имеет двойное значение: «возможность, шанс» или «потеря, опасность», что указывает соответственно как на негативный, так и позитивный смысл риска. В современных житейских представлениях понятие риска чаще всего истолковывается как опасная неопределенность, при этом упор делается на возможность негативных последствий, несмотря на равную вероятность возникновения успеха.

В своих работах немецкий социолог О. Ренн подчеркивает высокую значимость риска в жизни человека, как для развития его личности, так и изменения человеческих ценностей в целом [3]. Социолог выделяет четыре семантических образа риска, которые существуют в общественном сознании, для каждого из которых он предложил своеобразные интерпретации из греческой мифологии:

а) «Дамоклов меч», где риск означает неминуемую опасность, случайную угрозу, вызывающую непредсказуемые действия.

б) «Ящик Пандоры», где риск определяется как невидимая угроза для здоровья и благополучия. О таких рисках чаще узнают от других людей, нежели испытывают на своем личном опыте. В контексте нашего исследования риск применения продуктов, улучшающих физические возможности спортсменов, наиболее соответствует этому семантическому образу.

в) «Весы Афины», где риск выступает как соотношение затрат и выгод и чаще всего этот образ используется при восприятии денежных приобретений и потерь;

г) «Образ Геркулеса», где риском называют стремление людей ощутить себя в состоянии опасности, стремление к острым ощущениям. К этой категории относятся любые виды досуга, в которых требуются навыки преодоления опасных ситуаций. Разумеется, подобные риски всегда добровольны и предполагают наличие личного контроля над степенью риска [4]. Немецкий деятель Schaefer R. предположил

в области теории принятия решений, что приемлемость риска, обязательно, означает принятие неопределенности, так как почти всегда есть неопределенность в отношении успеха или неудачи, вероятности или количественной оценки последствий [5]. Термин «риск» в данном случае рассматривается как качественное понятие, которое отражает ненадежность и неуверенность, и как величина, которая имеет численное измерение.

Один из основоположников теории риска американский экономист F. Knight разобщал понятия «неопределенность» и «риск», акцентируя в качестве различия то, что риск это – измеримая неопределенность, степень которой или возможность наступления того или иного неблагоприятного последствия могут быть представлены количественно [6]. В применении к общественной жизни А. П. Альгин определяет риск как «деятельность, связанную с преодолением неопределенности в ситуации неизбежного выбора, в процессе которой имеется возможность количественно и качественно оценить вероятность достижения предполагаемого результата, неудачи и отклонения от цели» [7].

Суммируя вышеперечисленные представления, можно решить, что риск подстерегает человека на каждом шагу, во всех жизненных сферах: здоровье, спорт, профессиональная деятельность, личная и повседневная жизнь и т. п. По мнению психологов Н. Коган и В. А. Валлах, люди различаются в зависимости от уровня личностной готовности к риску, независимо от конкретной ситуации и обстоятельств [8, 9]. С. Coombs считал, что степень приемлемого риска является индивидуальным свойством приоритетов личности, по которому можно ранжировать людей на более или менее рискованных [10]. R. Исследователь R. Cattell, автор знаменитого 16-факторного опросника личности, ввел риск как частное свойство в фактор «импульсивности» [11, 12]. В циклических видах спорта, где нужно спортсмену в кратчайшие сроки мобилизовать все силы для результативного завершения своего выступления, без определенного риска и импульсивности не обойтись. К тому же трансляция СМИ спортивных состязаний собирает на аренах или у экранов телевизоров огромное количество болельщиков, которые хотят зрелища, борьбы, азарта, драйва.

В нашем контексте исследования медиализации спорта наличие рисков также прослеживается через оптимизацию спортивной

деятельности и стремление к высоким спортивным достижениям, в том числе с использованием продуктов для улучшения функциональных показателей при занятиях спортом. Кроме этого, встает вопрос о необходимости разработки научно-обоснованной концепции антирисковой стратегии медицинского сопровождения спортсменов, поскольку только базирующиеся на ней этически и законодательно оформленные социальные практики позволят минимизировать имеющиеся риски.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Котик, М. А. Психология и безопасность [Текст] / Котик М. А. – Таллин: Валгус, 1989. – 447 с.
2. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений [Текст] / Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. / Российская академия наук. Институт русского языка им. В. В. Виноградова. – 4-е изд., дополненное. – М.: Азбуковник, 1999. – С. 679.
3. Renn O. Three decades of risk research: accomplishments and new challenges [Текст] // J. Risk Res. – 1997. – № 1. – P. 49–71.
4. Klinke, A. Prometheus Unbound. Challenges of Risk Evaluation, Risk Classification, and Risk Management [Текст] / Klinke A., Renn O. Report № 153 of the Center of Technology Assessment. – Stuttgart: Akademie fur Technikfolgenabschätzung, 1999. – P. 50.
5. Schaefer, R. E. What are we talking about when we talk about «risk»? A critical survey of risk and risk preference theories [Текст] / Schaefer R. E. // RM-78-69. – Laxenburg: Intern. Inst. For Applied System Analysis. –1978. – P. 62.
6. Knight F. Risk, Uncertainty and Profit. Boston: Houghton Mifflin Co, 1921 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.econlib.org/library/Knight/knRUP.html>
7. Альгин, А. П. Риск и его роль в общественной жизни [Текст] / Альгин А. П. – М.: Мысль, 1989. – 192 с.
8. Kogan, N. Risk taking: A study in cognition and personality [Текст] / Kogan N., Wallach M. A. – N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, 1964. – P. 278.
9. Kogan, N. Group risk taking as a function of members' anxiety and defensiveness [Текст] / Kogan N., Wallach M. A. // Journal of Personality. – 1967. – Vol. 35. – P. 50–63.
10. Coombs, C. H. Portfolio Theory and the Measurement of Risk [Текст] // Human Judgment and Decision Processes / eds M. F. Kaolan, S. Schwartz. – N. Y.: Academic Press, 1975. – P. 63–85.
11. Cattell, R. B. Personality and motivation structure and measurement [Текст] / Cattell R. B. – N. Y.: World Book, 1957. – P. 255.
12. Cattell, R. B. Sixteen Personality Factor Questionnaire [Текст] / Cattell R. B., Cattell A. K., Cattell H. E. (5th ed.). – Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing. – 1993. – P. 162.

УДК 658.310.9

СПЕЦИФИКА КОНФЛИКТОВ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ

Алия Кабировна Кадырова

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель доцент, к. э. н. В. В. Голиков*

Изучение вопросов, касающихся развития управления медицинскими кадрами, требуется с целью точного обозначения их роли в системе здравоохранения, для уточнения требований к отбору медицинского персонала, а также для акцентирования внимания на вопросах лидерства и мотивации персонала.

Стиль управления медицинским учреждением находится в сильной зависимости от стилевых особенностей организационного поведения, непосредственно как самого руководителя, так и его подчиненных-врачей. Эффективность стиля управления в медучреждении зависит от особенностей организационной культуры подразделения и может проявлять себя в сбалансированности таких показателей, как «ориентация на организационные задачи» и «управляемость коллектива» [1, 3].

Эффективность практической деятельности медицинского специалиста во многом зависит от того, насколько профессионально он умеет организовать взаимодействие с пациентами и родственниками пациентов, со своим ближайшим окружением, а также с коллегами и руководством. Также ему зачастую бывает нужно согласовывать действия, распределять функции и оказывать влияние на настроение, поведение и убеждения своего собеседника.

Вместе с тем за последнее время значительно увеличилось количество тех конфликтных ситуаций, которые возникают между медицинскими кадрами и руководством при оказании медицинской помощи и медицинских услуг.

В условиях социально-психологического дискомфорта для коллективов медучреждений в период проведения реформ в сфере здравоохранения является характерным возникновение различных

организационных, межличностных, межгрупповых, социально-трудовых конфликтов, которые неизбежно снижают эффективность их деятельности [6].

Вероятные причины возникновения конфликтных ситуаций:

- отсутствие согласованности действий медицинских сотрудников разных специализаций и коллегиальности при составлении плана лечения;

- отсутствие информированного согласия пациента на лечение;
- ошибки при ведении медицинской документации;
- особенности характеров врача и пациента;
- невнимательное отношение к пациенту;
- профессиональная некомпетентность [5].

Самыми распространенными способами разрешения конфликтов в медицинской практике является досудебный способ, который подразумевает разрешение конфликта на первичном уровне «медицинский персонал – пациент», заведующим отделением, администрацией ЛПУ, этическим комитетом. По возможности необходимо разрешить конфликт именно на данном уровне; судебный способ подразумевает разрешение конфликта органами государственной юрисдикции, органами негосударственной юрисдикции, а также специализированными третейскими судами [7].

Вопрос психологического анализа конфликта в медицинской среде состоит в том, какой именно вид конфликта преобладает в пространстве взаимодействий и отношений субъектов медицинской практики – негативный конфликт или развивающий конфликт. Здесь важным является то, к каким последствиям способно привести развитие конфликтов непосредственно в медицинской сфере деятельности.

Эффективный психологический и медико-социологический мониторинг дает возможность определения имеющихся зон напряженности и возникающих противоречий. Также мониторинг позволяет определить негативное психическое состояние медицинского работника, обусловленное невозможностью удовлетворения своих потребностей, а также их влияние на лечебный процесс и на имеющийся психологический климат в медицинском учреждении [4].

Что касается деятельности главного врача медицинского учреждения, относительно поддержания необходимого психологического климата, то она должна включать в себя профилактические действия,

а также действия, направленные на разрешение деструктивных последствий возникающих стрессовых ситуаций и организационных конфликтов.

Для достижения данной цели руководителю медицинского учреждения необходимо располагать наиболее полной информацией, которая позволит объективно оценить уровень стрессогенности и конфликтности организационной среды [2].

Концептуальными разработками в конфликтологии являются разные подходы к типологии конфликта, дифференциация конфликтных факторов, а также разработка способов управления конфликтами и разрешения конфликтов.

Таким образом, в настоящее время требуется создание более эффективных технологий для управления конфликтами в медучреждениях, включающих прогнозирование и выявление, редукцию и урегулирование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорьян, М. Р. Технологии управления медицинским персоналом [Текст] / Григорьян, М. Р. // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 7. – С. 54–59.
2. Калмыкова, О. Ю. Конфликтологическая компетентность руководителя: оценка социально-психологического самочувствия работников [Текст] / О. Ю. Калмыкова, О. П. Маслова // Актуальные проблемы психологии. – Самара: СНЦ РАН, 2009.
3. Корицкий, А. В. Особенности стиля управления в медицинском учреждении [Электронный ресурс] / А. В. Корицкий, Е. Г. Чирковская // Молодой ученый». – 2017. – № 3 (137). – С. 244–246. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/137/38358/>
4. Ступак, В. С. Проблемы управления конфликтной ситуацией в среде медицинских работников [Электронный ресурс] / В. С. Ступак // Новые задачи современной медицины: материалы III Междунар. науч. конф. – СПб.: Заневская площадь, 2014. – С. 99–102. – Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/med/archive/153/6076/>
5. Шевцова, Ю. В. К вопросу о конфликтах между врачами и пациентами и психологической готовности врачей к работе [Текст] / Ю. В. Шевцова, А. В. Емелина, Е. А. Захарова // Медицинский альманах. – 2011. – № 5. – С. 36–39.
6. Чернышева, М. Л. Управление конфликтами в медицине: формирование специфических компетенций в процессе подготовки организаторов здравоохранения [Текст] / М. Л. Чернышева, А. В. Чернышев, Л. А. Горностаева // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. – № 12. – С. 348–352.
7. Коммуникативные основы медицинской деятельности [Электронный ресурс] // АНО ДПО «Академия непрерывного медицинского образования». – Режим доступа: https://medpodgotovka.ru/blog/about_konflikt

УДК 614.2:331.1

МОТИВАЦИЯ КАК АСПЕКТ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Инна Сергеевна Лебедева
Мария Андреевна Ковальчук
Герман Юрьевич Дзукоев

Кубанский государственный медицинский университет

Вопросы кадровой политики являются приоритетными в управлении здравоохранением, и решения в этой области должны базироваться не только на результатах мониторинга и углубленного анализа статистических данных, а также с учетом теории и практики управления персоналом.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае» занимается вопросами учета инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний, проведением экспертиз и исследований, обеспечением ведения социально-гигиенического мониторинга в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Основной кадровый состав – врачи по специальности гигиена, санитария, эпидемиология.

Нами проанализированы основные показатели кадрового обеспечения по данным отчетной формы № 19-11 «Сведения о сети, структуре, штатах и кадрах органов и организации Роспотребнадзора» и формы № 19-18 «Сведения о сети, структуре, штатах и кадрах органов и организации Роспотребнадзора» за 2010–2017 гг.

За рассматриваемый период количество штатных должностей специалистов с высшим медицинским образованием уменьшилось на 15,5 % с 328 до 277. Среднее количество штатных должностей за 8 лет составило 309,6 ставок. Также на 24,2 % отмечается уменьшение количества занятых должностей специалистов с высшим медицинским образованием – с 310 до 235, среднее количество занятых должностей составило 267,6 ставок. Укомплектованность должностей снизилась с 94,5 до 84,8 %. Количество физических лиц в динамике снизилось на 30,7 % – с 294 до 225, среднее количество физических лиц

за 8 лет составило 254,5. Укомплектованность физическими лицами также имела тенденцию к снижению – с 89,6 до 81,2 %. С другой стороны, коэффициент совместительства врачебных должностей оставался в пределах 1,0–1,1.

Анализ аттестованности показал, что в структуре ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» 76,9 % врачей имели сертификат специалиста в 2010 году, однако с каждым годом этот показатель снижался, и в 2017 году количество врачей, имеющих сертификат специалиста, составило 67,5 %. Данный факт свидетельствует о снижении мотивации к обучению и совершенствованию профессиональных навыков.

В практике управления персоналом в зависимости от способов воздействия на работников принято выделять три основных метода управления: экономические (заработная плата рассматривается как основной мотив трудовой деятельности и эквивалент стоимости рабочей силы), организационно-распорядительные (опирающиеся на власть, дисциплину и взыскания) и социально-психологические методы (основанные на моральном воздействии и мотивации).

Сегодня часто врачи совмещают работу на нескольких местах из-за низкого уровня оплаты труда. А следствием низкой оплаты труда является низкая престижность профессии врача, что не мотивирует выпускников вузов.

Мотивация к трудовой деятельности – сложный и многофакторный процесс. Во многом он формируется еще в период обучения в вузе. Специализацией медико-профилактического факультета КубГМУ является общая гигиена, эпидемиология, клинично-лабораторная диагностика, а также бактериология, вирусология, паразитология и энтомология. Высокий уровень теоретических знаний и практических навыков, полученных в вузе, позволяет 180 выпускникам факультета успешно работать и решать сложные вопросы санитарно-эпидемиологического надзора, руководить структурными подразделениями ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае» и других субъектах РФ.

Проведенное в 2019 г. исследование в рамках изучения мотивации к деятельности и самооценки студентов КубГМУ на основе методики Экспресс-диагностики уровня самооценки позволило выявить, что у 67,5 % студентов-медиков адекватная самооценка – гармония личности. Низкая самооценка, зачастую приводящая к чрезмерным сомнениям,

самоанализу и отказу от деятельности, выявлена у значительной части опрошенных студентов 23,6 %. Завышенная самооценка, чреватая потерей осторожности и совершением множественных ошибок, выявлена у 8,9 % студентов. Анализ показал, что у студентов медико-профилактического факультета получены сопоставимые с общеузовскими значения первых двух – 66,7 и 20,8 % соответственно. При этом у них больше, чем у студентов других факультетов, завышена самооценка (12,5 %) [1, 2].

Люди с чрезмерно завышенной самооценкой не замечают свои слабые стороны, слишком высоко оценивают свои возможности и свою значимость; не воспринимают критику, имеют склонность к эгоизму и пренебрежительно относятся к окружающим. Безусловно данные качества идут вразрез с представлением о том, каким должен быть будущий специалист. Однако некоторые психологи считают, что лучше иметь завышенную самооценку, чем заниженную.

Грамотное применение социально-психологических методов, как наиболее тонкого инструмента воздействия, способствует повышению самооценки, удовлетворенности от работы и мотивации к эффективной деятельности, позволяет раскрыть внутренний потенциал работника. Для эффективной работы системы здравоохранения важно найти подход к трудящимся, чтобы они чувствовали себя удовлетворенными своей работой и были продуктивными для медицинской организации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Экспресс-диагностика уровня самооценки [Текст] / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – С. 53–54.
2. Дзукоев, Г. Ю. Мотивация к деятельности и самооценка студентов [Текст] / Г. Ю. Дзукоев, Е. А. Семенов // Кубанский научный медицинский вестник. Приложение № 1. – Краснодар, 2020. – С. 158–159.

УДК 331.108

ДЕФИЦИТ СПЕЦИАЛИСТОВ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Надежда Михайловна Легенькова

старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента

Аделина Илдусовна Сунагатуллина

студент

Волгоградский государственный медицинский университет

Состояние кадрового потенциала, его количественные и качественные характеристики, такие как численность, структура, уровень профессиональной подготовки, мотивация и состояние здоровья медицинских работников, во многом определяют эффективность функционирования системы здравоохранения.

Цель совершенствования кадрового планирования заключается в разработке новых критериев оценки кадрового потенциала и научно обоснованных подходов к определению потребности в специалистах различных квалификаций и профилей [1].

Выделяют ряд основных проблем, которые вызывают дефицит кадров в здравоохранении:

- низкий уровень оплаты труда медицинских работников;
- отсутствие престижности профессии врача;
- нерегулирование численности внебюджетных мест при приеме в ординатуру;
- низкий уровень развития ГЧП в сфере здравоохранения.

По данным социологического исследования, среди работников здравоохранения в 2019 году были представлены следующие данные: около 15 % медработников довольны своей работой и материально, и морально; более 15 % хотели бы сменить место работы; 45 % опрошенных не желают, чтобы их дети работали в медицине.

Многие уходят, даже не начав. Самая уязвимая точка, откуда исчезают потенциальные кадры – медицинские образовательные учреждения. Если бы все выпускники оставались работать в здравоохранении, то, вероятно, дефицита кадров удалось бы избежать. Но 11 % учащихся

даже не планируют работать в медицине, четверть учащихся планирует работать в коммерческих организациях, 22 % хотят продолжать обучение в других странах, и 50 % из них остаются жить и работать там же.

Врачи в России совмещают работу в нескольких местах из-за низкого уровня оплаты труда. Чтобы разрешить эту непростую ситуацию, руководство Минздрава России решило принять ряд принципиальных мер:

- повышение заработной платы и переход на эффективный контракт;

- внедрение новой формы целевой контрактной подготовки медицинских работников;

- создание федерального реестра по уровню квалификации, возрастной и гендерной структуре медицинских работников в регионах.

По мнению российских врачей, переход на эффективный контракт приведет к интенсификации труда, но никак не повлияет на его оплату.

Всего в России на 2019 год были не заполнены около 10 % ставок врачей и 4 % ставок среднего медперсонала [2]. Больше всего незакрытых позиций наблюдалось в службе скорой помощи – пустовала каждая четвертая вакансия.

Что касается ситуации на 2020 год, то в связи с распространением вируса Covid-19 медперсонал оказывается в сложной ситуации. Изначальные условия были невыносимы (нехватка оборудования, спецодежды, перчаток, масок и других средств защиты), по этой причине многие специалисты были вынуждены работать в опасных условиях, также встречались случаи увольнения медперсонала.

Также из-за дефицита персонала Минздрав предложил добровольцам, а именно студентам медицинских вузов (5–6-х курсов), помочь врачам с приемом и лечением больных коронавирусом. Что опять-таки подтверждает дефицит персонала в наше время.

В президентском послании Федеральному собранию поставлена задача – к 2024 году все уровни системы здравоохранения обеспечить кадрами: 70 % учебных мест станут целевыми по направлению «лечебное дело», 75 % – «педиатрия», а 100 % – по наиболее дефицитным направлениям ординатуры [3]. Увеличение квоты на целевые места приведет к росту абитуриентов на нецелевое поступление. При этом должны быть гарантии трудоустройства будущих выпускников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosmedobr.ru/journal/2010-god/analiz-chislennosti-struktury-i-kvalifikatsii-meditsinskikh-kadrov-v-rossiyskoj-federatsii-i-klyuche/>
2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/news/analitika/8238/>
3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medrussia.org/34162-deficit-kadrov-stal-probleмой/>

УДК 316.628

СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Виктория Николаевна Приходько

доцент кафедры социологии, к. соц. н.

*Украина, ГВНЗ Киевский национальный экономический университет
имени В. Гетьмана*

Управление в сфере здравоохранения напрямую связано с человеческим фактором. Это и управление людьми, и, кроме того, сами работники сферы в основном работают с людьми, это и система по обслуживанию здоровья людей. Поэтому очень важно рассмотреть социально-психологические особенности и проблемы управления. Более того, быстро меняющиеся условия внешней среды накладывают свой отпечаток на эффективность управления в сфере здравоохранения.

На эффективность управления в здравоохранении влияют внешние и внутренние факторы.

Внешние факторы влияют на современную жизнь – убыстряется темп жизни, изменяется образ жизни, постоянно обновляется сфера знаний, техногенные факторы, миграционные проблемы (как и мобильность внутри работы, отрасли (повышение по должности, например), так и изменение места жительства).

Внутренние факторы зависят в первую очередь от человеческого фактора и внутренней среды.

К внешним факторам следует отнести: научно-технический, географический, экономический, экологический, социальный, государственную политику, поставщиков и потребителей услуг, кадровую политику организаций-конкурентов.

К внутренним факторам следует отнести производственный, экономический, инновационный, организационно-структурный.

Более детально рассмотрим внутренние факторы и связанные с ними проблемы, так как на них легче повлиять, в случае необходимости, и они в большей степени связаны с социально-психологическими проблемами управления в системе здравоохранения.

Все эти факторы не только оказывают огромное влияние на сферу труда, но и требуют адаптации, перестройки в самой сфере управления. В системе здравоохранения они в первую очередь связаны с людьми, их потребностями, интересами, страхами и т. д.

Одной из проблем является текучесть кадров – увольнение по собственному желанию, выход на пенсию, декретный отпуск и т. д. Если пенсию и декретный отпуск можно приблизительно спрогнозировать, то увольнение по собственному желанию не всегда можно предугадать. Оно может быть связано и со сменой места жительства (связано содержательными и фоновыми факторами – образ жизни – модный, оседлый), и уход к конкурентам, поиском лучших финансовых условий, условий работы и т. д.

Другая проблема – появляются новые заболевания. В связи с особенностью работы (с людьми), в частности, распространен синдром выгорания.

Еще одна проблема – немобильность как отдельных звеньев, так и системы в целом. Медленные изменения в структуре и управлении.

Данную проблему обнажил коронавирус. Системе сложно справиться с подобного рода пандемией (от строительства достаточного количества лечебных заведений до обеспечения их современным оборудованием и квалифицированными кадрами).

Для решения социально-психологических проблем в сфере здравоохранения необходимо:

1. Пересмотреть организационную структуру. Ликвидация лишних звеньев управления. Минимизация бюрократических правил и процедур (часто заполнение разных отчетов персоналом и т. п. идет во вред

качеству предоставляемых услуг). Можно наблюдать, например, в поликлиниках, когда сотрудник тратит очень много времени на заполнение разных бланков и формуляров, о том, что он за день сделал, что использовал (и речь идет не только о препаратах, которые подлежат предметно-количественному учету, но и сколько тряпок и средства потрачено на уборку).

2. Усовершенствование корпоративной культуры. На уровне руководства и персонала. Сложный и длительный процесс, но сможет дать положительные результаты. Как пример, корпоративная культура Японии. В частности, в Японии нет большой необходимости в контроле (особенно конечного продукта), так как каждый отвечает за качество своей работы. И как следствие, формирование корпоративной культуры может снизить количество бюрократических правил и процедур из первого пункта. Если руководство и сотрудники понимают, что предоставление качественных услуг важно в первую очередь для них самих (высокая степень мотивации). Конечно, выполнение данного пункта невозможно и без установления достойной оплаты и условий труда, то есть без роли государства, государственной политики не обойтись.

3. Инновационность кадровой политики. Непрерывное обучение персонала, привлечение персонала всех уровней к поиску новых подходов при соблюдении внедренных протоколов (принцип «не навреди»), совершенствование политики мотивации и стимулирования на всех уровнях.

Решение социально-психологических проблем сможет дать качественный скачок в эффективности управления в сфере здравоохранения.

УДК 159.9

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Полина Ильинична Серебрякова

*Российский экономический университет им. Г. В. Плеханова
научный руководитель доцент кафедры психологии, к. э. н. Е. Л. Пожарская*

В настоящее время происходят различные изменения в области политики, экономики, технологических знаний, которые вызывают стрессогенные ситуации, тем самым, увеличивая дискомфорт личности. Одним из важнейших факторов успешности профессиональной деятельности выступают ресурсные возможности человека, которые предполагают использование саморегуляции состояний и деятельности, а также развитие определенных психологических качеств, способствующих стабилизации психоэмоциональных состояний.

Профессиональное выгорание медицинских работников является актуальной проблемой в наше время, учитывая сложившуюся ситуацию с пандемией. Медицинские работники каждый день сталкиваются с различными трудностями, проблемными пациентами, которые часто чем-то недовольны и весь гнев, и раздражение выплескивают на них; стараются справляться с напряжением и любым видом стресса. В связи с этим происходит снижение как физического, так и психического здоровья работников, которое в дальнейшем будет отражаться на качестве работе с пациентами.

Многие известные ученые внесли огромный вклад в исследование данного понятия. В любом случае все они были отчасти правы и общее понятие можно определить так: «профессиональное выгорание – негативное психологическое явление, проявляемое через психоэмоциональное истощение, развитие дисфункциональных профессиональных установок и снижение профессиональной мотивации, наблюдаемое у лиц без психопатологии» [1].

Профессиональное выгорание у медицинских сотрудников проявляется в виде постепенно нарастающего равнодушия к своим обязанностям, к пациентам – ко всему, что происходит на работе;

возникающие мысли о незаслуженном своем положении; цинизм в общении; ухудшение уровня удовлетворенности профессиональной деятельности; проявление агрессии и другие симптомы [2].

К примеру, чаще всего медицинские сестры подвержены риску возникновения профессионального выгорания, так как они в течение всего рабочего дня достаточно тесно контактируют с пациентами, которые требуют к себе постоянного внимания (сюда же относят неопытных специалистов и тех, кто испытывает трудности в личной жизни). Медицинский работник непроизвольно вовлекается во все негативные эмоции, стрессогенные ситуации, из-за чего и начинает сам испытывать достаточно повышенное психическое и эмоциональное напряжение. Поэтому для того, чтобы снизить уровень появления данного синдрома у медицинских работников, нужно следовать профилактическим приемам, но стоит так же понимать, что при крайней выраженности синдрома профессионального выгорания нужно обратиться к психотерапевтическому лечению, а также задуматься о смене профессиональной деятельности, которая будет не связана с людьми.

К основным профилактическим приемам можно отнести:

1. Развитию рационального и позитивного оценивания стрессовых ситуаций.
2. Работу на повышение уровня стрессоустойчивости.
3. Умение управлять таким феноменом, как стресс.
4. Отдых – полезная привычка. Нужно стараться в свой распорядок дня вести такое времяпрепровождение, как отдых.
5. Адекватное принятие неудач.
6. Стремление к достижению поставленных целей. Наличие высокого уровня мотивации [3]. Под внутренней мотивацией подразумевается целый комплекс мотивов и стремлений, которые порождаются самим человеком. Она направлена на саморазвитие сотрудника, достижение поставленных целей и стремление к новым знаниям. Так, внутренне мотивированный сотрудник всегда находит удовольствие в своей работе. Для него возможность решения задач уже является вознаграждением. Благодаря данному типу мотивации любая деятельность доставляет человеку удовольствие [4].

7. Коллектив. В зависимости оттого, как человек себя чувствует в коллективе, будет проявляться его работоспособность и эффективность. Это будет тогда, когда в компании теплые и доброжелательные отношения со своими партнерами.

Таким образом, можно сделать вывод, что медицинские работники в большей степени подвержены возникновению профессионального выгорания. Иногда сотрудники считают, что лучше проигнорировать симптомы и никак не бороться с ними. Это приводит к тому, что симптомы не исчезают, а, наоборот, усиливаются. Эмоциональное выгорание мешает быть любому человеку счастливым. Данная проблема остается актуальной в наше время. Интерес к ней постоянно увеличивается в связи с событиями в мире из-за постоянно нарастающих воздействий различных факторов, которые вызывают изменения в психическом статусе человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Водопьянова, Н. Е. Позитивный подход к противодействию профессиональному выгоранию [Текст] / Н. Е. Водопьянова, К. Н. Шестакова // Современные исследования социальных проблем. – 2014. – № 3 (35). – С. 24.
2. Васякин, Б. С. Социально-психологические факторы, влияющие на профессиональное выгорание сотрудников [Текст] / Б. С. Васякин., Е. Л. Пожарская, А. Г. Ростеванов // Горизонты экономики. – 2020. – № 1 (54). – С. 33–37.
3. Пожарская, Е. Л. Экономические страхи и мотивация персонала в период экономической неопределенности [Текст] / Е. Л. Пожарская, А. А. Завьялова, А. В. Овсянникова // Горизонты экономики. – 2020. – № 4 (57). – С. 21–25.
4. Серебрякова, П. И. Копинг-стратегия как фактор, влияющий на развитие мотивационных процессов сотрудников в организации [Текст] / П. И. Серебрякова // Теория и практика управления: ответы на вызовы цифровой экономики. Материалы X Международной научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых. Под редакцией М.Н. Кулапова [и др.]. – М., 2019. – С. 288–291.

УДК 331.108.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Татьяна Павловна Стрельцова

доцент кафедры менеджмента и маркетинга, к. т. н.

Мария Павловна Телещенко

аспирант кафедры фармакологии и клинической фармакологии

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Вопросы оптимизации управления кадровыми ресурсами отрасли здравоохранения являются важной составляющей стратегического развития. Качество и доступность оказываемых медицинских услуг населению, а также эффективность всей системы здравоохранения напрямую зависят от кадровых ресурсов отрасли.

В РФ в системе управления персоналом в сфере здравоохранении имеется комплекс серьезных проблем [1, 2]: высокая текучка кадров, нехватка терапевтов в первичном звене, недостаток узких специалистов, несовершенство нормативно-правовой базы отрасли, низкий уровень корпоративной культуры, отсутствие карьерного роста, слабая система мотивации персонала организации, отток молодых специалистов из сельской местности в город или изначальное нежелание ехать работать в село, недостаточная социальная защищенность работников медучреждений, несовершенства в системе непрерывного медицинского образования и др.

На сегодняшний день кадровое обеспечение медицинских учреждений – это международная проблема. В 2013 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) на Третьем глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения в докладе представила данные статистики, согласно которой к 2035 году дефицит работников здравоохранения в мире будет составлять 12,9 миллиона человек [3].

Во время первой волны пандемии коронавируса COVID-19 в 2020 году этот вопрос стал особенно остро. ВОЗ опубликовала доклад о нехватке медицинского персонала по всему миру. В частности,

согласно данным ВОЗ, дефицит медсестер составляет около 5,9 млн человек, при этом всего в мире насчитывается около 28 млн специалистов. По официальным данным Министерства здравоохранения РФ не хватает примерно 240 тыс. медиков. Для ЦФО и, в частности, для Белгородской области эта проблема не так остра, но для сельских территорий остается актуальной и снижает привлекательность и эффективность отечественной медицины.

Системный анализ кадров медицинских учреждений Белгородской области показал ряд проблемных вопросов:

1. Неполная укомплектованность медицинских учреждений кадрами. Отсутствует рациональная система подбора, отбора и найма специалистов. Подбор персонала не имеет системного характера, отсутствует система адаптации новых сотрудников.

2. Несоответствие подготовки молодых специалистов потребностям и практическим задачам отрасли. При этом стоит отметить, что медицинские кадры требуют длительной подготовки и постоянного профессионального развития.

3. Низкий уровень оплаты труда. Сложность и объем задач не соответствуют заработной плате. Медицинские работники переходят работать в частный сектор на более комфортные условия труда и большую заработную плату.

4. Низкая трудовая мотивация персонала, практически отсутствует возможность карьерного роста. Оценка эффективности труда не проводится или носит формальный характер, что не позволяет увидеть «больные» места у сотрудников медицинского коллектива и повысить их трудовую мотивацию.

5. Недостаточная социальная защищенность медицинского персонала.

6. Диспропорции в профессиональном составе медицинских работников. Сосредоточение квалифицированных сотрудников в областном центре.

Для решения обозначенных проблем в системе здравоохранения необходимо проведение глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом:

- разработать и внедрить систему управления карьерой для медицинских работников, базирующуюся на профессиональном и служебном

продвижении и кадровом планировании с учетом нестабильных социально-экономических условий в РФ и инноваций в сфере здравоохранения;

- использовать современные методы оценки персонала и институт наставничества, адаптированные с учетом загруженности и специфики профессиональной деятельности медицинских работников;

- пересмотреть инструменты материальной и нематериальной мотивации, с целью повышения степени удовлетворенности трудом и доверия персонала к руководству;

- организовать стажировки для медицинских работников в ведущих отечественных и зарубежных клиниках, синтезировать знания различных школ с использованием современных дистанционных методов;

- осуществлять целевой прием в ординатуру и интернатуру, усовершенствовать систему распределения выпускников медицинских образовательных организаций.

Введение новых методов кадрового управления в сфере здравоохранения позволит рационально использовать человеческие ресурсы, повысить трудовой потенциал медицинских работников и эффективность всей системы здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бескаравайная Т. Кадры в минусе [Электронный ресурс] // Портал Медвестник. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/articles/Kadry-v-minus.html> (дата обращения: 04.09.2020).

2. Савинкина, Л. А. Проблема дефицита медицинских кадров и пути ее решения [Электронный ресурс] / Савинкина Л. А., Шепелова Т. С. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=16466> (дата обращения: 04.09.2020).

3. Стариков, К. Оценка кадрового потенциала в здравоохранении [Электронный ресурс] / Стариков К. // Главный врач. – 2018. – № 2. – Режим доступа: http://xn----7sbbahcmgafaski8a2afibqai8xke4dxd.xn--p1ai/publ/kadry/ocenka_kadrovogo_potenciala_v_zdravookhranenii/16-1-0-843 (дата обращения: 05.09.2020).

9. ЕВРОПЕЙСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ В УПРАВЛЕНИИ ОРГАНИЗАЦИЕЙ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 339.9

КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ЕВРОСОЮЗА (по итогам 2020 г.)

Заур Аязович Мамедьяров

заведующий сектором экономики науки и инноваций

*Национальный исследовательский институт мировой экономики
и международных отношений им. Е. М. Примакова РАН*

Процессы развития фармотрасли Евросоюза (ЕС) на текущем этапе связаны с тремя основными проблемами: регуляторная перестройка и необходимость цифровой трансформации отрасли, в том числе повышения роли биотехнологий, выход из ЕС Великобритании и дисбалансы в поставках активных фармацевтических субстанций крупнейшим ТНК.

Евросоюз вместе с США занимают более 80 % мирового фармрынка в стоимостном выражении. По объему экспорта, числу занятых в отрасли и затратам на ИР в Европе лидирует Германия. Хотя население ЕС примерно вдвое выше, чем США, объем продаж медикаментов в ЕС примерно в 2,5 раза ниже. Это связано с различиями со средней дозировкой назначаемых медикаментов. По объему продаж фармацевтической продукции у США 48,7 % глобального рынка в 2019 г., у ЕС 22,9 %. Однако при этом ЕС лидирует в экспорте продукции – только Германия в 2019 г. экспортировала медикаментов на сумму более 80 млрд евро, США – на 58 млрд долларов (менее 50 млрд евро). 10 % в совокупном экспорте из ЕС занимает фармпродукция.

Если рассматривать совокупные затраты на ИР, то на США приходится от 70 до 80 % их объема за последние двадцать лет в среднем. Европейские страны также отстают от США по темпам прироста затрат на ИР и уступают по общему количеству фармкомпаний – активных инвесторов в ИР.

На фоне пандемии COVID-19 обострились проблемы зависимости крупнейших фармацевтических ТНК от поставщиков активных субстанций. Также происходит пересмотр инвестиционных приоритетов, бизнес-моделей и некоторых регуляторных механизмов, что связано с необходимостью ускорения вывода на рынок вакцин и жизненно-необходимых медикаментов. В целом, на фоне пандемии биотех-отрасли ЕС и США оказались устойчивы и продемонстрировали успехи и накопленный в последние годы научно-технологический потенциал.

После решения о выходе Великобритании из ЕС возникло несколько сценариев развития, которые определяют влияние случившегося на фармацевтическую отрасль как ЕС, так и Великобритании. Наиболее реалистичным представляется сохранение ситуации, в которой торговля, в том числе медикаментами, между ЕС и Великобританией не облагается пошлинами. В ином случае до конца 2020 года соглашение с ЕС и Великобританией так и не будет заключено и Великобритания выйдет из торгового союза на условиях ВТО. В третьем, расширенном сценарии будут заключены дополнительные соглашения, касающиеся сближения регуляторных механизмов в отрасли, включая производственные практики и порядок ведения и взаимного признания результатов клинических испытаний.

Выход Великобритании из ЕС и усложнение производственных и торговых цепочек приведет к увеличению торговли обеих с третьими странами, что создаст новые возможности в первую очередь для других лидеров отрасли – США, Швейцарии, Японии, Сингапура, а также усилит присутствие ряда развивающихся стран – Турции и некоторых стран Азиатско-Тихоокеанского региона, Китая. Особенно негативное влияние может испытать Ирландия, а также под угрозой экспортный потенциал Великобритании. Негативный сценарий торговой сделки или ее отсутствие ослабят конкурентоспособность фармацевтической промышленности как ЕС, так и Великобритании.

В 2020 году Еврокомиссия обозначила несколько ключевых приоритетов развития фармотрасли:

- обеспечить бесперебойную поставку активных фармацевтических субстанций (АФС) и другого критического сырья для отрасли, развивать производство АФС на территории ЕС;
- бороться с кражей интеллектуальной собственности;
- разработать правовые рамки для обеспечения «зеленой» и цифровой трансформации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. The Pharmaceutical Industry in Figures / EFPIA, 2020.
2. Eurostat database [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/international-trade-in-goods/data/database>
3. Здравоохранение в России [Электронный ресурс]. 2017. Федеральная служба государственной статистики, 2018. – С. 8. – Режим доступа: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdravpdf>
4. Dorsey, E. R. Funding of US biomedical research, 2003–2008 [Текст] / Dorsey E. R., et al. // Jama. – 2010. – № 2. – С. 137–143.

УДК 338.2, 334.7

УРОКИ COVID-19: ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ (на примере Франции)

Елена Михайловна Черноуцан

старший научный сотрудник, к. э. н.

*Национальный исследовательский институт мировой экономики
и международных отношений им. Е. М. Примакова РАН*

доцент

Московский государственный лингвистический университет

В условиях новых эпидемиологических угроз (COVID-19) технологический протекционизм становится ключевым направлением государственной политики многих развитых индустриальных стран. Цель доклада – на примере Франции, страны с ярко выраженными протекционистскими традициями, рассмотреть основные причины, риски и возможности новой волны протекционизма. Особое внимание будет уделено новым инструментам восстановления национального технологического суверенитета в таких секторах, как медицина и фармацевтика.

Мировой санитарный кризис, вызванный COVID-19, резко разорвав глобальные производственные и технологические цепочки, выявил

хрупкость национального хозяйства Франции, крепко привязанного к мировой экономике и импорту многих жизненно важных товаров и услуг. Особенно остро опасная зависимость от других стран проявилась в области здравоохранения, несмотря на лидерство Франции по многим направлениям развития данной отрасли (высокий уровень научных исследований, оборудование, медикаменты, медицинские услуги и пр.). Степень зависимости Франции далеко выходит за рамки масок и респираторов, которые были востребованы в большом количестве всеми пострадавшими странами, и производство которых, как низко технологичное, можно наладить практически в любой стране. Речь, прежде всего, идет о технологической зависимости страны в тех областях новейших знаний и технологий, которые становятся сегодня ключевыми для эффективного функционирования национальной системы здравоохранения и национальной экономики в целом.

В последнее десятилетие на мировых рынках усиливается доминирование американских цифровых гигантов компаний *GAFAM* (*Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft*), которые еще до пандемии расширяли сферу своей деятельности, активно внедряясь в такие отрасли, как медицина и фармацевтика. Кризис, связанный с COVID-19, еще более ускорил концентрацию цифрового рынка в руках компаний *GAFAM* и убедительно показал, что Франция, как и большинство других европейских стран, полагаясь на иностранные информационные технологии, стремительно теряет технологический суверенитет, что ставит под угрозу выживание многих отраслей национального хозяйства.

Санитарный кризис COVID-19, по определению ряда авторитетных западноевропейских экспертов, является «самым серьезным глобальным кризисом со времен Второй мировой войны и самое главное в его преодолении – это модернизировать систему управления в стране»[2]. Новые эпидемиологические угрозы и связанные с ними риски усиливают протекционистскую составляющую государственной политики большинства развитых индустриальных стран, выдвигая на первый план проблемы национального экономического и технологического суверенитета. В центре внимания научных дискуссий – риски новой волны протекционизма и необходимость нового подхода к глобализации, которая явилась одним из катализаторов пандемии.

Для исследования темы, заявленной в докладе, пример Франции выбран неслучайно. В области протекционистской политики во Франции накоплен солидный и оригинальный опыт. В отдельные исторические

периоды именно протекционизм явился важнейшим инструментом промышленного и технологического возрождения страны. Еще до санитарного кризиса COVID-19 протекционистские риски для технологического развития Франции со стороны США были весьма существенны. Она одна из первых стала бороться за ограничение монопольной власти американских цифровых гигантов *GAFAM* и выступать за политику европейского протекционизма, особенно в области цифровых технологий. Сегодня Франция отличается от других развитых европейских стран одним из самых строгих и совершенных правил по контролю над иностранными инвестициями. Важно отметить, что в конце 2020 г. доля неевропейских инвесторов в активах крупных французских компаний будет снижена до 10 % (до 1 апреля 2020 г. – 33 %). Причем данное положение касается не только секторов, связанных с обороной и национальной безопасностью, но и таких как энергетика, водоснабжение, транспорт, электронная связь, общественное здравоохранение, цифровые технологии, а также сектор биотехнологий, связанный с вакцинами [1].

Чрезвычайная ситуация, вызванная пандемией, стала мощным толчком для развития перспективных разработок и технологий в области инфекционной медицины. Франция была и остается одним из мировых лидеров разработки и производства вакцин по многим направлениям (грипп, полиомиелит, детские болезни и др.). В конкурентной гонке за вакциной против COVID-19 она также в авангарде, активно участвуя по всему фронту работ – от исследований до производства. Ожидается, что вакцина, разработанная ее компанией *Sanofi Pasteur* в сотрудничестве с компанией Великобритании *GSK*, как одна из самых передовых, выйдет на рынок в первой половине 2021 года.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chaperon Isabelle. L'Europe veut mieux protéger ses fleurons des prédateurs étrangers. Le Monde. 20.04.2020. – Режим доступа: https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/04/20/l-europe-veut-protoger-ses-fleurons-des-predateurs-etrangers_6037147_3234.html (дата обращения 04.09.2020).
2. Leglu Dominique. Coronavirus: "Quel manque de préparation!" déplore Jean Tirole. Science et Avenir. 28.03.2020. – Режим доступа: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/coronavirus-quel-manque-de-preparation-deploire-jean-tirole_142934 (дата обращения 09.09.2020 г.).

УДК 339.976.2

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ИННОВАЦИОННАЯ ПОЛИТИКА ЕВРОСОЮЗА

Наталья Владимировна Шелюбская

старший научный сотрудник, к. э. н.

*Национальный исследовательский институт мировой экономики
и международных отношений имени Е.М. Примакова РАН*

Инновационная политика Европейского Союза претерпела значительные изменения за последние несколько лет в результате крупных внешних и внутренних вызовов. Выход Великобритании из ЕС, а затем пандемия COVID-19 привели к серьезным изменениям приоритетов и механизмов политики.

В числе характерных черт инновационной политики в кризисный и посткризисный период: приоритетное развитие научно-технологического комплекса, связанного с решением проблем здравоохранения и эпидемиологии; мобилизация научно-технических ресурсов для разработки вакцин, диагностики и антивирусной терапии, изменения в сфере регулирования и рост значения государственного финансирования ИР [1].

Пандемия явилась серьезным шоком для научно-инновационной экосистемы Евросоюза. В условиях карантинных мер и необходимости мобилизации научно-технических ресурсов деятельность ряда научных центров и лабораторий была перенаправлена на борьбу против COVID-19 или даже временно приостановлена при невозможности перевода в онлайн, была закрыта часть проектов в частном бизнесе, сокращено сотрудничество компаний с университетами, прекращена научная мобильность.

Наиболее сильно от кризиса в финансовом отношении пострадали университеты, технологические стартапы и инновационные МСП, кроме того, снизились возможности трудоустройства молодых ученых. Для смягчения негативного влияния кризиса на научную и инновационную сферу был предпринят ряд срочных мер, включая дополнительную финансовую поддержку исследований, направленных на борьбу с вирусом, и ослабление регуляторных режимов [2].

Необходимость преодоления тяжелой рецессии, вызванной пандемией, поставила новые задачи перед научно-технической и инновационной политикой ЕС. Ускорение научно-технического развития является основой плана восстановления и трансформации европейского хозяйства.

Наряду с построением цифровой экономики и достижением климатической нейтральности к 2050 г. приоритет получил комплекс, связанный с решением проблем здравоохранения и эпидемиологии. Сфера здравоохранения стала одним из ключевых элементов основных стратегических направлений развития Евросоюза: цифровизации хозяйства, создания рынка данных, модернизации промышленности и ускорения инновационного процесса.

Новым направлением является концентрация ресурсов и координация политик в области медицины и здравоохранения на европейском уровне. Пандемия наглядно продемонстрировала неотложность расширения сотрудничества в этой области в ближайшие годы.

В числе основных инициатив по формированию европейской политики в области здравоохранения: выделение в новой Рамочной программе ИР ЕС «Горизонт Европы» на 2021–2027 гг. на проекты в области здравоохранения около 6 млрд евро; расширение программы Europe4Health, в задачи которой входит, в том числе, координация систем здравоохранения, цифровизация услуги, превентивная подготовка к будущим возможным кризисам [3].

Европейская комиссия разработала совместно со странами-членами ЕС первый совместный план действий в области ИР и инноваций «ERAvsCorona», задействован механизм госзаказа на проведение ИР и масштабирование их результатов, формируется «единое пространство данных в области здравоохранения», в том числе в целях обеспечения «вакцинного суверенитета».

В ноябре 2020 г. ЕК объявила о планах формировании Европейского союза в области здравоохранения. В числе его основных целей – координация на европейском уровне мер по предотвращению возможных кризисов, связанных с заболеваниями, и кооперация в борьбе с новыми вызовами; обеспечение безопасности здоровья населения,

повышение эффективности деятельности институтов в сфере здравоохранения, а также введение новых регуляторных мер, включая систему мониторинга возникающих заболеваний и стимулирование дата-шеринга между странами-членами ЕС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. OECD (2020). Survey on the STI policy responses to Covid-19. European Union. – Режим доступа: <https://stip.oecd.org/Covid> (дата обращения 03.12.2020).
2. DG RTD (2020a). The role of research and innovation in support of Europe's recovery from the Covid-19 crisis. May 2020. EC Directorate-General for Research and Innovation. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. – Режим доступа: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/897a67d4-a9fa-11ea-bb7a-01aa75ed71a1/language-en> (дата обращения 03.12.2020).
3. DG RTD (2020b). EU research and innovation in action against the coronavirus: funding, results and impact. 2020. – Режим доступа: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/research_and_innovation/research_by_area/documents/ec_rtd_coronavirus-research-projects-overview.pdf (дата обращения 03.12.2020).

Ю. ПАНДЕМИЯ COVID-19: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

УДК 614.44 + 330.55

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В СТРАНАХ МИРА В ПЕРИОД COVID-19

Светлана Юльевна Соболева

к. э. н., доцент, заведующий кафедрой экономики и менеджмента

Александр Витальевич Соболев

к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

Пандемия COVID-19 поставила цивилизацию перед беспрецедентным вызовом, который выявил определенную неготовность общества к немедленному ответу на него и эффективной работе в новых условиях. В первую очередь проверку на прочность прошла сфера здравоохранения различных стран и регионов, продемонстрировав неоднозначное понимание и непохожий стиль реагирования на ситуацию и проводя различные мероприятия, направленные на предупреждение распространения инфекции. Так, Китай, уже с 25 января 2020 года закрыл ряд провинций на карантин, ввел повсеместные ограничения на передвижение населения. Были возведены временные госпитали для зараженных пациентов и перепрофилированы под эти цели другие учреждения. Регулярные медицинские услуги перенесены в онлайн или отложены на будущее.

Противоположный подход продемонстрировала Швеция, правительство которой было уверено, что победить коронавирус путем изоляции невозможно и есть лишь два пути – всеобщее вакцинирование или приобретение национального коллективного иммунитета.

Карантин в Швеции не вводился, однако гражданам было рекомендовано по возможности перейти на удаленную работу и не контактировать с пожилыми людьми старше 70 лет.

Еще одним способом реагирования на пандемию в плане проведения профилактических мероприятий стало тотальное тестирование на коронавирус, как было проведено в Исландии и Австралии, а позднее и странах Азиатско-Тихоокеанского бассейна, Китае, Сингапуре. К концу января 2019 года Сигапур начал проводить тестирование в каждой больнице. Был введен усиленный скрининг – на коронавирус. Диагностику проводили всем, у кого были симптомы ОРВИ, а также всех контрактных лиц. Менее 1 % тестов оказались положительными. Самым важным шагом властей Сингапура для борьбы с заболеванием было решение в обязательном порядке изолировать всех без исключения пациентов с подтвержденным диагнозом до момента их выздоровления [1].

Таким образом, подходы к проведению противоэпидемических мероприятий, которые использовали страны, можно сгруппировать следующим образом:

- 1) карантинный режим, который включает в себя изоляцию зараженных и контактеров, активное отслеживание контактов с зараженными, ограничение социальных контактов, закрытие границ;
- 2) санитарно-гигиенические мероприятия (перчаточно-масочный режим, социальная дистанция, санитарная обработка рук, самоизоляция контактеров);
- 3) лечебно-профилактические мероприятия (тестирование, профилактический прием противовирусных препаратов, госпитализация заболевших и самоизоляция легко болеющих);
- 4) локдаун – строгая изоляция.

Академически считается, что все четыре составляющих противоэпидемических мероприятий применяются одновременно, однако многие страны, в том числе и Россия, пробовали применять мероприятия поэтапно. Такой подход объясняется, прежде всего, экономическими соображениями, так как карантинные ограничения отрицательно влияют на экономическую деятельность. Согласно статистическим данным, локдаун, введенный Правительством РФ в начале эпидемии, привел к падению ВВП на 8 % [2].

Целью нашей работы было выявить, как введение противоэпидемических мероприятий влияло на распространение коронавирусной инфекции в различных странах и их экономические последствия.

Анализируя открытые источники информации, авторы сделали предположение, что наиболее эффективно проявили себя те страны, которые использовали на начальном этапе карантинный режим. Это азиатские страны Сингапур, Китай, Южная Корея. Европейские и американские государства сделали акцент на противоэпидемических и лечебных мероприятиях. И как показал опыт, карантинный подход оказался более эффективным в борьбе с пандемией. Для подтверждения своего предположения мы провели анализ статистических данных по COVID-19 стран с различными подходами и различным географическим положением.

Таблица 1

Статистические показатели по пандемии COVID-19
(составлено авторами по [5])

Страна	Заражено	Протестировано	Погибло	Выздоровело	Население	Зараж. к нас. %	Пог. к зараж. %	Вызд. к зараж. %	Протест. к нас. %
США	7004768	98166609	204118	4250140	331002651	2,12	2,91	60,67	29,66
Индия	5487580	64392594	87909	4396399	1380004385	0,40	1,60	80,12	4,67
Бразилия	4544629	15011116	136895	3851227	212559417	2,14	3,01	84,74	7,06
Россия	1103399	17803955	19418	909357	145934462	0,76	1,76	82,41	12,20
Перу	768895	3693813	31369	615255	32971854	2,33	4,08	80,02	11,20
Испания	659334	10756835	30495	196958	46754778	1,41	4,63	29,87	23,01
Франция	452763	10000000	31285	91574	65273511	0,69	6,91	20,23	15,32
Сингапур	57576	2498073	27	57181	5850342	0,98	0,05	99,31	42,70
Китай	85291	160000000	4634	80484	1439323776	0,01	5,43	94,36	11,12
Швеция	88237	1393161	5865	4971	10099265	0,87	6,65	5,63	13,79

При анализе статистических данных, приведенных в табл. 1, обращаем внимание на низкие показатели «зараженности» в таких странах, как Индия, Россия, Франция, Сингапур, Китай, Швеция –

все до 1 % от населения. Минимальное количество «погибших» 27 человек у Сингапура и 4634 человека у Китая выглядит как несомненное достижение системы здравоохранения и усилий государства по предотвращению последствий распространения COVID-19. Значительные успехи лечебно-профилактических мероприятий можно также оценить по графе «выздоровевшие к зараженным». Так, Сингапур и Китай дали показатели более 90 %, из аутсайдеров отметим Швецию, Францию и Испанию, которые дали менее 30 %.

Лечебно-профилактическую активность оцениваем еще по одному показателю – «количество протестированных к общему количеству населения», в этой части несомненным лидером является Сингапур – протестировано 42,7 %, США на втором месте – протестировано 29,66 % и Франция на третьем – 23,01 % населения. Из отставших Индия – 4,67 %, что может косвенно указывать на то, что количество зараженных в стране гораздо больше, чем указывает статистическая служба Индии (зараженных 0,40 % к населению), и Бразилия – 7,06 %. Самую низкую смертность от коронавируса заявили Индия – 1,6 %, Россия – 1,76 %, Сингапур – 0,05 %. Что касается Сингапура, то данный показатель не вызывает сомнений, учитывая количество инфицированных, а вот показатели Индии и России не коррелируют с количеством населения в стране и количеством зараженных. Особенно это заметно в сравнении России с США и Бразилией. При сопоставимых показателях по населению показатели по зараженности и по смертности приблизительно в два раза меньше. В Индии низкие показатели зараженности можно объяснить малым количеством тестирований – всего 4,67 %. Это, кстати, самый низкий показатель среди всех стран. Поводя предварительные итоги по статистическим данным, можно констатировать, что государства, имеющие наименьшее количество инфицированных, имеют лучшие показатели по смертности и выздоравливаемости (Китай и Сингапур).

Широкий охват тестирований не дал очевидных преимуществ в снижении количества зараженных и погибших, кроме Сингапура. Из европейских стран, представленных в таблице, предпочтительней выглядит Франция с 0,69 % зараженных и Испания с 4,63 % погибших. Швеция, отказавшаяся от карантинных мер, имеет 6,65 % погибших и всего лишь 5,63 % выздоровевших. Локдаун, введенный в России

в марте 2020 года, практически не повлиял на распространение волны коронавируса, однако привел к значительным экономическим потерям. Во Франции локдаун, согласно последним данным, привел к снижению заболеваемости на 57 % [3].

Из американских стран самое неблагоприятное положение у Перу, 2,33 % зараженных и 4,08 % погибших. США, несмотря на значительный бюджет здравоохранения, продемонстрировали высокую заболеваемость 2,12 %, что, скорее всего, связано с политическими решениями администрации Трампа на начальном этапе.

Таблица 2

**Темп роста ВВП за 2019 и 2020 годы квартал к кварталу
(составлено авторами по [4]), %**

№ п/п	Страна	ВВП ½ кв. 2019 г.	ВВП ½ кв. 2020 г.
1	США	2,9/1,5	-5,0/-31,4
2	Индия	1,4/0,9	0,7/-25,2
3	Бразилия	1,3/0,2	-1,5/-9,6
4	Россия	-0,5/2,4	-0,9/-3,2
5	Перу	-1,1/1,5	-6,3/-27,2
6	Испания	0,5/0,4	-5,2/-17,8
7	Франция	0,5/0,3	-5,9/-13,8
8	Сингапур	0,6/-0,2	-0,8/-13,2
9	Китай	1,9/1,3	-10,0/11,7
10	Швеция	0,4/0,1	0,3/-8,0

Таблица 2 показывает в сравнении темпы роста ВВП квартал к кварталу за 2019 и 2020 годы. Наиболее худшие экономические показатели по этому индикатору в 2020 году показали США – 31,4 %, Перу – 27,2 %, Индия – 25,2 %. Так, если в 2019 году только три страны имели отрицательные значения темпов роста (Россия, Перу и Сингапур), то в 2020 году у всех стран в статистике есть отрицательные значения. Это, по нашему мнению, прямое воздействие пандемии коронавируса на экономику стран. Так, если самая стабильная экономика мира США в 2019 году демонстрировала стабильный рост, то в 2020 году – падение. Из наименее пострадавших в 2020 году по статистическим данным являются Швеция, Китай и Россия. Швеция на фоне других европейских стран выглядит наиболее приспособленной к пандемии. Однако

у нас есть сомнения относительно Российских данных, так как при сопоставимости населения, размеров экономик, сырьевой ориентированности экспорта Бразилия показала более глубокие значения падения темпов роста ВВП. В Китае, несмотря на падение на 10 % в первом квартале 2020 года, экономика выровнялась и, начиная со второго квартала, продемонстрировала рост 11,7 % по отношению к первому кварталу. О том, насколько восстановилась китайская экономика, можно будет судить по годовым показателям. Остальные участники сравнения продемонстрировали падение ВВП в пределах 14 %. Сингапур, который проявил себя введением карантинных мер, также не смог справиться с экономическими последствиями коронавируса.

Таким образом, азиатские страны гораздо предпочтительнее выглядят по сравнению с европейскими и американскими государствами в своих мероприятиях по борьбе с распространением коронавирусной инфекции. Жесткие карантинные мероприятия позволили в самом начале развития эпидемии предотвратить ее массовое распространение и заражение здоровых лиц. Санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия, являясь вторичными по сравнению с карантинными, не смогли продемонстрировать свою эффективность по предотвращению развития пандемии. По нашему мнению, эти меры создавали и продолжают создавать некоторую иллюзию положительного воздействия на распространение инфекции. Тем не менее, вторую волну коронавируса они не предотвратили. Самым действенным способом сокращения числа заболевших остается ограничение социальных контактов, то есть карантинные мероприятия. Локдаун, как крайняя мера противозидемических мероприятий, демонстрирует свою эффективность, однако приводит к значительным экономическим потерям. Поэтому у правительств стран возникает дилемма вводить ограничительные меры или нести экономические потери. Ответ на данный вызов лежит в плоскости запаса прочности экономических систем и их адаптационных возможностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. COVID-19: чему другие страны могут научиться у Сингапура в борьбе с коронавирусом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://bykvu.com/ru/bukvy/covid-19-chemu-drugie-strany-mogut-nauchitsja-u-singapura-v-borbe-s-koronavirusom/>
2. Отложенный спрос замедлил падение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/newspaper/2020/11/13/5fad3b059a794714ed92d534>

3. Ситуация с COVID-19 в Европейском регионе ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://who.maps.arcgis.com/apps/opstdashboard/index.html#/a19d5d1f86ee4d99b013eed5f637232d>

4. Темпы роста ВВП (кв/кв) – список стран [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.tradingeconomics.com/country-list/gdp-growth-rate>

5. Численность населения по странам мира (2020 год) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vseznaesh.ru/chislennost-naseleniya-po-stranam-mira-2020-god>

УДК 65.012.7

РОЛЬ ОСОБЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗОН В ПЕРЕПРОФИЛИРОВАНИИ ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СРЕДСТВ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Юрий Михайлович Брюханов

к. э. н., доцент

Юлия Игоревна Царская

Российский экономический университет им. Г. В. Плеханова

Компания начала свою деятельность в 2012 г. как дистрибьютор импортной косметики для волос в РФ. С 2016 года занимается производством и распространением косметики собственной торговой марки. Компания является резидентом особой экономической зоны технико-внедренческого типа (ОЭЗ ТВТ). В конце октября 2019 года компания построила собственный завод на территории ОЭЗ ТВТ.

В предковидный период компания достигла высоких темпов экономического роста (табл.).

Динамика экономического роста

Показатели, тыс. руб.	2016	2017	2018	2019
Выручка от реализации	16 323	77 592	131 417	155 000
Чистая прибыль	660	23 098	33 655	9 600

В условиях снижения уровня потребительского спроса и экономической неопределенности в период пандемии, возрастания рисков

неблагоприятного изменения внешнеэкономической конъюнктуры компании нужно увеличивать ассортимент продукции и выходить на новый рынок. В современных условиях оптимальным вариантом стало производство косметических гелей с антибактериальным эффектом – санитайзеров.

Мотивы принятия управленческого решения:

- Доступность сырья. Антисептики для персонального использования – это жидкости, лосьоны, гели, которые содержат не менее 70 % этилового спирта либо не менее 60 % изопропилового спирта.
- Стратегическая ценность. SARS-CoV-2 является вирусом с оболочкой. Липидный слой оболочки таких вирусов довольно чувствителен к дезинфицирующим агентам.
- Государственная поддержка. 24 марта 2020 Роспотребнадзор выпустил разъяснительное письмо, расширяющее возможности для производства антисептиков.
- Объем спроса. В России потребность в санитайзерах для рук в апреле 2020 года увеличилась более чем на 400 процентов [1].
- Сегмент B2B. Салоны красоты должны соблюдать методические рекомендации с целью недопущения заноса и распространения COVID-19.

Компания начала продажу санитайзеров в течение двух недель. Компания продает санитайзеры по цене 250 рублей/штука (розничная цена) за флакончик 100 мл, 220 рублей/штука для салонов красоты. Себестоимость продукции составляет 50 рублей/шт. В компании 80 % всей продукции продается салонам красоты, 20 % – розничная продажа.

Для оценки эффективности предлагаемого проекта будем использовать NPV.

Себестоимость продукции (за год) составляет 50 рублей. При производстве в 1 500 штук в день компания получит прибыли 81 360 000 рублей за год.

Тогда NPV будет рассчитываться так:

$$NPV = -18\,000 + \frac{81\,360}{(1 + 0,184)^1} = 50\,716,216 \text{ тыс. руб.}$$

ОЭЗ ТВТ предоставляет особый налоговый режим: ставка налога на прибыль 2 %.

Предприятие смогло получить за первые три месяца продаж санитайзеров значимую прибыль. Рассчитаем налог на прибыль, который находится по следующей формуле:

Налог на прибыль = налоговая база × ставка налога

Налоговая база – это выручка организации минус полная себестоимость продукции, которая составляет 50 рублей на 1 флакон. За три месяца было сделано и продано 210 000 флаконов.

Таким образом, налог на прибыль равен:

$$(47\,460\,000 - 50 \times 210\,000) \times 2\% = 739\,000 \text{ рублей}$$

Однако ставка налога на прибыль составляет 20 %, из которых 17 % – доля, зачисляемая в бюджет субъекта Федерации, посчитаем объем налоговых отчислений без учета льготного режима налогообложения:

$$(47\,460\,000 - 50 \times 210\,000) \times 20\% = 7\,428\,000 \text{ рублей}$$

Благодаря льготам, предоставляемым ОЭЗ ТВТ, компания может получить экономию $7\,428\,000 - 739\,000 = 6\,689\,000$ рублей, которая направляется на инвестиции по перепрофилированию производства.

В условиях продолжения борьбы со второй волной пандемии за следующий год продаж компания сможет получить экономию от льготного налогообложения и дополнительный источник экономического роста в сумме более 11 млн рублей. Суммарные инвестиции в строительство завода составляют 270 млн руб, без учета дисконтирования, только по одному наименованию из номенклатуры за счет налоговых льгот окупаемость повысится на 4 пункта, что является значимой величиной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баталова А. Выпуск антисептиков наладили более 70 российских предприятий [Электронный ресурс] // Российская газета. – Режим доступа: <https://rg.ru/2020/04/24/vypusk-antiseptikov-naladili-bolee-70-rossijskih-predpriyatij.html> (дата обращения 01.06.2020)
2. Соглашение №6680-гг/дф о создании на территории г. Дубны (Московская область) особой экономической зоны технико-внедренческого типа [Электронный ресурс] // ДубнаИнвест. – Режим доступа: https://dubnainvest.com/sites/default/files/pdfs/sogl_o_sozd_oez.pdf (дата обращения 10.06.2020).

3. Методические рекомендации МР 3.1/2.2.0173/1-20 «Рекомендации по организации работы салонов красоты и парикмахерских с целью недопущения заноса и распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 21 апреля 2020 г.) [Электронный ресурс] // Гарант. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74083333/> (дата обращения: 10.06.2020).
4. Письмо Роспотребнадзора от 21.04.2020 № 02/7500-2020-24 (ред. от 01.06.2020) «О направлении рекомендаций по организации работы сферы услуг по профилактике COVID-19» (вместе с «МР 3.1/2.2.0173/1-20. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. 2.2. Гигиена труда. Рекомендации по организации работы салонов красоты и парикмахерских с целью недопущения заноса и распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Методические рекомендации») [Электронный ресурс] // Консультант-плюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350814/ (дата обращения: 10.06.2020).
5. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 27 марта 2020 г. № 02/5225-2020-24 «О проведении дезинфекционных мероприятий» [Электронный ресурс] // Гарант. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73759466/> (дата обращения: 21.06.2020).
6. Остервальдер, А. Разработка ценностных предложений: Как создавать товары и услуги, которые захотят купить потребители. Ваш первый шаг: Учебное пособие [Текст] / Остервальдер А., Пинье И., Бернарда Г. – М.: Альпина Пабли., 2016. – 312 с.
7. Сулимова, Е. А. Синергетический эффект как залог успешного ведения бизнеса [Текст] / Сулимова Е. А., Ремзова М. А. – Инновации и инвестиции. – 2019. – № 12. – С. 122–125.
8. Академик РАН спрогнозировала приход второй волны COVID-19 к Новому году [Электронный ресурс] // Интерфакс. – 2020. – Режим доступа: <https://www.interfax.ru/russia/712694> (дата обращения: 10.06.2020).
9. В московских парикмахерских и салонах красоты рассказали о работе после самоизоляции [Электронный ресурс] // МК – 2020. – Режим доступа: <https://www.mk.ru/social/2020/06/08/v-moskovskikh-parikmakherskikh-i-salonakh-krasoty-rasskazali-o-rabote-posle-samoizolyacii.html> (дата обращения: 10.06.2020).
10. Глава Минздрава назвал возможную причину второй волны коронавируса [Электронный ресурс] // РБК – 2020. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/11/06/2020/5ee275d69a7947718a901ff9> (дата обращения: 10.06.2020).

УДК 338

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССАМИ СНИЖЕНИЯ ВЛИЯНИЯ КРИЗИСА, СВЯЗАННОГО С ПАНДЕМИЕЙ КОРОНАВИРУСА, НА ЭКОНОМИКУ РОССИИ

**(Социально-экономический кризис – кто виноват
COVID-19 или мы?)**

Владимир Викторович Великороссов

д. э. н., профессор,
заведующий кафедрой организационно-управленческих инноваций

Евгений Викторович Генкин

к. э. н., доцент

Максим Александрович Пономарев

к. э. н., доцент

Российский экономический университет им. Г. В. Плеханова

Распространение нового коронавируса COVID-19 по всему миру приводит к глобальным негативным воздействиям не только на здоровье человека, но и оказывает негативное воздействие на мировую экономику, в то время как развитые страны могут быть в состоянии предоставить некоторую финансовую помощь своим малым и средним предприятиям. Так широко обсуждаемые темы, связанные с коммерциализацией инноваций [1], уходят на второй план, в условиях кризиса они теряют актуальность.

Ситуация, которая происходит в экономике России, обуславливает актуальность анализа природы кризисов и извлечения уроков из прошлого [2].

Как правило, текущий кризис имеет много общего с предыдущими, и методы борьбы с их негативными последствиями выбираются примерно аналогичными. Отличительная особенность текущей ситуации состоит в том, что, если ранее основными целями были восстановление экономики, спасение предприятий, борьба за восстановление системы платежей и т. п., то в настоящее время идет разговор о спасении жизни людей.

Проблемы кризисов, их природу, ритмичность, предсказуемость волнуют умы человечества уже давно. К. Маркс ввел в схему циклического развития экономики понятие «ограниченный платежеспособный спрос», который, по его мнению, является органическим «дефектом» капитализма [3, 4].

В современной экономической науке чередование деловых циклов рассматривает волновая теория выдающегося русского экономиста Н. Д. Кондратьева, который предположил наличие длинных конъюнктурных волн в развитии общества и тем самым определил развитие мировой экономики, как процесс неравномерный и циклический [5–7]. Данная теория была выдвинута в начале XX века и подвергалась сомнению многими учеными, но в настоящее время все уже признали правоту этих выводов.

Таким образом, наука признает, что существуют глубинные проблемы, связанные с развитием общества и познания, которые в дальнейшем формируют кризис. Мастерство руководителя – быть готовым предугадать начало кризиса и сделать максимум, чтобы не получить разрушающие последствия [8].

Первые признаки «сбоя» в мировой экономике возникли еще в 2018–2019 гг. Они объяснялись проблемой «закредитованности» ряда развивающихся и промышленно развитых стран.

«Системный» избыток предложения на рынке нефти возник примерно в начале-середине 2019 г.; его маскировали, суммарно, кризис в Венесуэле и уход с рынка нефти этой страны, сделки ОПЕК+ и (в определенный период) кратковременное добровольное дополнительное ограничение добычи и экспорта нефти [9].

В конце 2019 г. начался «размен» на бирже между ценами на золото (резервный актив, рост) и медью (инвестиционный товар, спад). В январе сырьевой индекс Bloomberg Commodities за январь показал, что цены на медь за прошедший месяц рухнули на 12,6 %, никель подешевел на 9 %, олово – на 7 %, алюминий – на 6 %¹.

Между тем именно индекс цен на металлы всегда демонстрировал сильную корреляцию с показателями роста мировой экономики – о росте свидетельствует оживление на этом рынке и рост цен на металлы,

¹ <https://ru.investing.com/indices/bloomberg-commodity>.

а о замедлении роста говорит вялая ситуация на рынке металлов, снижение индекса цен на них. Особенно медь, в отличие от золота это не инвестиционный товар, а широко применяемый в производстве. И падение спроса характеризует сокращение производства, инвесторы переключаются в защитные инструменты, в данном случае в золото, поэтому цена выросла.

Особенно впечатляющим стал обвал ВВП Японии в четвертом квартале 2019 года, сократившегося на 6,3 % в годовом исчислении.

Сигналы кризиса были и в российской экономике. Так, в ноябре седьмой месяц подряд продолжила падение деловая активность в промышленности.

В декабре глава Счетной палаты А. Кудрин доложил В. Путину о неисполнении расходов бюджета в 2019 году на 1 трлн рублей, чего никогда еще не было прежде, связав это явление с забюрократизированностью административных процедур, которую не в состоянии преодолеть само правительство. В итоге, заметно недофинансируется, тем самым, как экономический рост, так и потребительский и инвестиционный спрос.

Можно констатировать, что практически ежедневно идет накопление негативной кризисной массы, иными словами «кризисный котел кипит», нужен только повод для разрастания кризиса. Разразившаяся пандемия подтолкнула этот процесс.

Мировые рынки взаимосвязаны, управлять глобальным развитием, избегая экономических кризисов, стало все сложнее, поскольку требуются совместные усилия политических и монетарных властей всех стран мира и не только так называемых «развитых».

Вслед за быстрым распространением пандемии COVID-19 возник и еще один кризис – кризис предложения.

За последние 40 лет мировая экономика боролась и достаточно успешно только с одним видом кризиса – кризисом спроса, вызванным биржевыми спекуляциями и «финансовыми пузырями», ростом безработицы, закредитованности государств, корпораций и населения, падением доходов и т. д. Последний раз с кризисом предложения мировая экономика столкнулась во время нефтяного кризиса 1973 г., когда все арабские страны-члены ОПЕК заявили, что они не будут поставлять нефть странам (Великобритания, Канада, Нидерланды, США, Япония),

поддержавшим Израиль в ходе войны с Сирией и Египтом. В течение следующего года цена на нефть поднялась с трех до двенадцати долларов за баррель, вызвав высокий и продолжительный рост инфляции в мировой экономике.

В связи со снижением доходов населения из-за закрытия предприятий на карантин и девальвации рубля возник третий кризис – кризис спроса.

Особая сложность этой ситуации состоит в том, что кризис спроса и кризис предложения несут в себе разные риски и должны лечиться по-разному.

Опыт борьбы с кризисами спроса за последние годы привел к пониманию того, что с ними можно бороться монетарными методами – расширяя денежную базу, снижая кредитные ставки и облегчая получение кредитов.

В то же время следует учитывать, что расширение денежной массы в условиях кризиса предложения лишь ухудшает ситуацию, приводя к стагляции – одновременной стагнации производства, высокой безработице и высокой инфляции. Первое, что сделали практически все государства, – закрыли границы, не только для перемещения граждан, но и перемещения транспорта, товаров. Фактически та глобальная экономика, которую строили последние десятилетия, не выдержала проверки временем.

Можно сделать вывод, что спад в экономике был вызван не теми глобальными проблемами, которые существуют в ней, а действиями органов регулирования [10]. Есть проблемы в функционировании экономической жизни, но более вероятным представляется то, что каждая страна имеет исторически сложившийся уклад жизни, экономики и т. п. При этом прямое копирование чужого опыта не гарантирует выживания в критический момент [11].

Провозглашаемая сегодня высшая цель экономического развития – это всемерное наращивание валового внутреннего продукта (ВВП). В целом она заменила достаточно понятные цели функционирования экономики: обеспечение населения необходимым минимумом продуктов питания, жильем, промышленными товарами; ликвидация бедности и нищеты; достижение экономической независимости, безопасность и т. д. Все остальное по отношению к этой цели играет

подчиненную роль, выступает в качестве средства. Сегодня можно наращивать ВВП не за счет увеличения производства нужных обществу товаров и услуг (реальный сектор), а за счет того, что можно назвать «продукцией» «виртуального сектора». Он включает в себя финансовые операции: банков, страховых компаний, инвестиционных фондов, пенсионных фондов, хедж-фондов, а также всяких прочих финансовых организаций и посредников. Но это не спасает при возникновении критических ситуаций, особенно, связанных со здоровьем людей.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что мировая статистика, базирующаяся на показателях ВВП и его производных показателях, в критической ситуации оказывается бесполезной. По количеству скончавшихся Россию значительно «обогнали» страны и с более развитой экономикой, и с высоким социальным уровнем жизни. Страны, ранее входившие в состав СССР, также не лидируют в этой печальной статистике.

Пандемия выявила кризис концепции современного здравоохранения. Результаты проведенной оптимизации, как известно, оказались печальными: по стране были закрыты сотни фельдшерско-акушерских пунктов, поликлиник и больниц, происходили массовые увольнения сотрудников, и, как следствие, качественная медпомощь стала малодоступной, выросла смертность.

Правительство предпринимает серьезные шаги по смягчению последствий пандемии на экономику, население. Практически каждый день предлагаются все новые и новые меры, связанные со строительством больниц, поддержки малообеспеченных слоев населения, помощи малому и среднему бизнесу. Можно предположить, экстренными антикризисными мерами Правительство компенсирует потери в экономике, которые в сумме равны недофинансированию социальной сферы, здравоохранения, образования, вызванными оптимизацией расходов, снижению покупательной способности населения, за последние годы, умноженной на мультипликативный эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Генкин, Е. В. Об актуальных проблемах коммерциализации инноваций в России [Текст] / Генкин Е. В. // Инструменты и методы коммерциализации инноваций в современной концепции менеджмента: сборник статей / кол. авторов; под ред. В. В. Великороссова, А. В. Колесникова. – Т. 1. – М.: РУСАЙНС, 2019. – С. 102–108.

2. Genkin E., Filin S., Velikorossov V., Kydyrova Z. and Anufriyev K. The fourth industrial revolution: personnel, business and state // E3S Web Conf. The 1st International Conference on Business Technology for a Sustainable Environmental System (BTSES-2020), Almaty, Kazakhstan, March 19–20, Volume 159, 2020, no. 0412. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202015904012>
3. «Капитал» Маркса. Философия и современность [Текст]. – М.: Наука, 2013. – 760 с.
4. Маркс К. Капитал [Текст]. Т. 2. – М.: Альфа-М, 2008. – 537 с.
5. Кондратьев Н. Д. Большие циклы конъюнктуры: Доклады и их обсуждения в Институте экономики [Текст] / Н. Д. Кондратьев. – М., 1998. – 288 с. (Рос. ассоц. н.-и. ин-тов обществ. наук. Ин-т экономики).
6. Кондратьев, Н. Д. Основные проблемы экономической статистики и динамики: Предвар. Эскиз [Текст] / Подгот. В. В. Иванов, М. С. Ковалева; АН СССР. Ин-т социологии. – М.: 1991. – 570 с.
7. Костюк В. Н. Длинные волны Кондратьева и теория долговременного экономического роста [Текст] // Общественные науки и современность. – 2002. – № 6. – С. 90–97.
8. Генкин, Е. В. Вирус мал – последствия большие. Экономические последствия пандемии [Текст] / Генкин Е. В., Балаханова Д. К., Великороссов В. В. // Материалы международной научно-практической конференции «Инновации в управлении социально-экономическими системами» (ICIMSS-2020). – М., 2020. – С. 112–120.
9. Orekhov, S. A. TRANSFORMATION OF CORPORATE GOVERNANCE SYSTEMS: NEW CHALLENGES [Текст] / Orekhov S. A., Glazov R. V., Filin S. A., Rakauskijene O. G., Balakhanova D. K., Genkin E. V. // В сборнике: 2nd International Conference on Pedagogy, Communication and Sociology. (ICPCS 2020). – 2020. – С. 325–329.
10. Карякин, А. М. Трансформация роли менеджера в условиях командной работы [Текст] / Карякин А. М., Великороссов В. В., Филин С. А. // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2020. – Т. 3, № 1. – С. 36–43.
11. Великороссов, В. В. Изменение роли менеджмента в постиндустриальных организациях [Текст] / Великороссов В.В., Балаханова Д.К., Генкин Е.В., Колесников А.В. // В сборнике: Новая парадигма развития менеджмента: гипотезы, концепции, практики. – М., 2019. – С. 10–14.

УДК 338.001.36

ПАНДЕМИЯ COVID-19: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Марина Васильевна Заикина

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент В. В. Голиков*

На сегодняшний день смертность от COVID-19 во всех странах мира занимает 3-е место по смертности населения. Первые два места традиционно занимают сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Вспышка COVID-19 началась в конце декабря 2019 года. Высокая распространенность, социальная и экономическая значимость COVID-19, а также прогресс науки определяют для мировой фарминдустрии приоритетность поиска новых инновационных методов лекарственной терапии. Также огромная роль выделяется профилактике заболевания. В данное время Российская Федерация занимает лидирующие позиции по созданию вакцины против COVID-19.

COVID-19 считается малоизученным заболеванием, от которого смертность в мире занимает лидирующие позиции. По состоянию на сентябрь 2020 года в ходе пандемии было зарегистрировано свыше 28,8 млн случаев заболевания в более чем 188 странах и территориях; свыше 921 тыс. человек скончалось и более 19,5 млн. выздоровело. Пандемия COVID-19 – это кризис, отличающийся от всех других. Данный факт стал одной из причин создания Правительством РФ стратегий профилактики данного заболевания, поддержки бизнеса, материального состояния населения.

Все основные изменения на рынке произошли из-за распространения коронавирусной инфекции. Многие предприятия переоборудовали свои линии под производство антисептических и дезинфицирующих средств, средства защиты, а также стали активно производить препараты, рекомендованные в качестве терапии COVID-19. Правительство временно приостановило действие ограничений на торговлю медицинскими масками и введении единого поставщика масок в лице корпорации «Росхимзащита» (структура «Ростеха»).

Согласно данным Ежемесячного розничного аудита фармацевтического рынка России, проводимого компанией DSM Group, объем коммерческого рынка ЛП в марте 2020 года составил 127,3 млрд рублей (в розничных ценах). Относительно февраля емкость рынка заметно увеличилась – на 26,2 %. При сравнении с аналогичным периодом 2019 года рынок в марте 2020 года показал прирост объема реализации на 46,4 %. Российская фармацевтическая корпорация «Отисифарм» (доля 4,1 % в руб.) также отметила увеличение объема реализации на 51,4 % и поднялась на третье место. Рост продаж обусловлен увеличением реализации противовирусных средств «Арбидол» (+179,2 %) и «Амиксин» (+107,1 %), а также витаминного комплекса «Компливит» (+60,3 %). При этом на 24,8 % сократился объем продаж препарата для устранения симптомов ОРЗ и простуды «Максиколд».

Стоит отметить, что рейтинг в основном представлен препаратами, предназначенными для терапии ОРВИ, а возглавляет его антисептический раствор для местного применения. Все это результат распространения пандемии коронавируса в стране.

Правительством разработано ряд приказов:

- для гарантированного функционирования жизненно важных секторов. Необходимо существенно увеличить ресурсы, выделяемые на тестирование и лечение COVID-19. Необходимо поддерживать уровень обычного медицинского обслуживания, производство и распределение продовольствия, жизненно важную инфраструктуру и коммунальные службы;
- для предоставления достаточных ресурсов людям, пострадавшим от кризиса;
- для поддержки семей, имеющих детей;
- для предотвращения чрезмерного нарушения функционирования экономики;
- для бесперебойной выдачи разрешений на розничную торговлю лекарственными препаратами.

Благодаря разработанным правительством мерам к сентябрю 2020 года удалось резко снизить пакзатели заболевания COVID-19, разработать вакцину и успешно ее использовать на территории РФ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Указ Президента РФ «О мерах обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории РФ в связи с распространением новой корона-вирусной инфекции (COVID-19)» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_349217/
2. Указ Президента РФ «О розничной торговле лекарственными препаратами для медицинского применения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73655186/>
3. Фармацевтический рынок России. Март 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medargo.ru/news.php?id=8382>
4. Приказ президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.rus>

УДК 332.02:614

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКОТОН ГОРОДОВ В КРИЗИСНЫЙ ПЕРИОД, СВЯЗАННЫЙ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

Людмила Николаевна Медведева

д. э. н., доцент, профессор

Волжский политехнический институт (филиал) ВолгГТУ

Сегодня мы можем говорить с уверенностью, что Земля – это планета городов. Занимая лишь два процента территории, они сумели аккумулировать более 60 % населения, сосредоточить 70 % мирового ВВП. Неудивительно, что города стали центрами инноваций, высокой нагрузки на природу, источником значительных выбросов парниковых газов, возникновения пандемий [8].

В экологической литературе используется термин «экотон» («oikos» – дом, «tonus» – напряжение), который ввел в научный оборот в 1903 году Б. Ливингстон [7]. Он считал, что «напряжение» жизни в переходных зонах между сообществами весьма велико в сравнении со смежными участками, что воздействие абиогенных факторов на среду может приобретать стрессовый характер. Город – несомненно переходная зона – экологическая система (экотон) между природными ландшафтами и экономикой с повышенной интенсивностью обмена веществ и энергии. На дискуссионных площадках, проводимых в ЮНЕСКО

по программе «Человек и биосфера», экотон был определен как «переходная область между смежными экологическими системами, обладающая рядом характеристик, однозначно зафиксированных в пространственно-временных координатах и определяемых интенсивностью взаимодействия между соседними экосистемами» [5]. На современном этапе проблема изучения городских экотонов, их организации и закономерностей, позволяет понять не только причины возникновения пандемий, но указать границы биогеоценозов, которые нарушать нельзя. Экстраполируя логику функционирования экотонов на городскую жизнь в условиях пандемии COVID-19, можно понять, какими ценностями будут руководствоваться люди в будущем, чтобы сохранить жизнь на Земле. Исследования, проведенные World Values Survey (WVS), свидетельствуют, что существует несколько типов индивидуальных ценностей, которыми руководствуются люди в повседневной жизни: первый тип – следование традиционным правилам, сложившимся на протяжении веков; следующий – стремление к росту, повышению социального и экономического статуса; третий тип – постмодернистский со смещением интересов в сторону духовной жизни; четвертый – практический подход в решении вопросов городской жизни. Можно предположить, что сейчас формируется пятый тип, устремленный на решение вопросов, связанных с обеспечением безопасности жизни в условиях пандемий и катаклизмов. По одному из прогнозов, города будущего – «технологическое изобилие», которое достигнуто за счет роста производительности труда (автоматизации, роботизации, цифровизации); по-другому «рай для людей», в котором физический труд перестает быть прерогативой человека [4].

Несомненно, что города будущего – это умные города, в которых будет сформирован экологический экотон с балансом паритетов между человеком и природой. Развитие технологий несет с собой принципиально новые решения в области охраны и защиты здоровья людей и будущих поколений. В настоящее время созданы облачные платформы умных домов для наблюдения за здоровьем человека, которые включают интеллектуальные системы, фиксирующие физиологические данные и самочувствие человека. Главной задачей умного дома в домашнем здравоохранении является отслеживание медицинских параметров человека, выбор оптимальных показателей микроклимата.

В ходе исследования применялись методы анализа и аналогий, позволяющие раскрывать особенности развития городов в условиях кризиса, вызванного пандемией COVID-19. Рассматривались возможности использования достижений НТП в медицине на платформе умных городов, умных домов.

Модели городов будущего, в числе которых «зеленые» и «умные», являются центрами концентрации достижений человечества на протяжении длительного времени. В рамках программы «Цифровая экономика Российской Федерации» в соответствии с Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» был разработан проект «Умный город», который должен обеспечить внедрение IT-технологий в городах с населением свыше 100 тысяч человек (табл. 1) [2].

Таблица 1

Основные структурные элементы умного города

Наименование	Система	Назначение
Smart Energy	В области энергетики (энергопоставки, энергосбережение, ВИЭ)	Система обеспечивает управление спросом на электроэнергию, экономию, применение ВИЭ
Smart Water	В области управления водными ресурсами, экологической безопасности	Система обеспечивает работу интеллектуальных счетчиков на базе узкополосного интернета по учету воды; оптимизирует использование ресурсов
Smart Buildings	В области строительства умных домов	Система интегрирует инженерные и информационные сети в единую систему управления (building management system)
Smart Transportation	В области создания интеллектуальных логистических схем	Система охватывает большое количество различных технологий и обеспечивает управление транспортом и логистикой
Smart Government	В области предоставления государственных услуг	Обеспечивает соединение баз данных с веб-интерфейсами; позволяет задавать алгоритмы городского планирования

Функционал цифровой платформы умных городов способен интегрировать в себя программы для ЭВМ. В Волжском политехническом институте (филиал) ВолгГТУ разработаны программы для зеленых городов: «Нейронная сеть для определения эколого-экономической эффективности функционирования системы «зеленый город» № 2017663126; «Система искусственного интеллекта для прогнозирования бюджета «Зеленый город» № 2017619844 (рис. 1) [3].



Рис. 1. Свидетельства государственной регистрации программ для ЭВМ для развития экономики зеленых и умных городов

В число базовых элементов умного города входит умный дом (англ. smart home), который способен сделать жизнь человека максимально комфортной и безопасной. Исследования показывают, что умный дом значительно повышает эффективность и долговечность работы инженерных систем, снижает потребление энергоресурсов, поддерживает хорошее настроение [1].

Система умный дом включает: датчики, которые воспринимают информацию из окружающего мира; центральный контроллер, который обрабатывает информацию; приборов, которые выполняют необходимые операции. Управление умными системами может осуществляться со смартфона, планшета (рис. 2).

Лидерами по разработке и производству систем для умных домов являются США, Япония, Китай, Германия (табл. 2) [6].



Рис. 2. Система умный дом

Таблица 2

Мировые производители систем для умного дома

Название	Мин. цена	Направления разработок
LittleBits, США	\$249	Через смарт-сети автоматизация ламп, штор, жалюзи, кондиционеров, фонарей. В наборе 14 модулей и MP3-плеер
Xiaomi Smart Home Kit, Китай	\$66	Интеллектуальные датчики для окон и дверей, устройства дистанционного управления с помощью смартфона; Push-уведомления по срабатыванию датчиков
Samsung SmartThings, Южная Корея	\$89,99	Обеспечивает соединение смарт-устройств, в том числе источников света, замков, термостатов, датчиков
Insteon, США	\$79,99	Управление со смартфона, планшета всех систем в доме; Push-уведомления по срабатыванию некоторых датчиков.
«ТРОН Проект», Россия	\$1740	Беспроводное управление домом с одного или нескольких смартфонов/планшетов; 3D-модель управления домом
ПАО «Ростелеком», Россия	От \$190	Интеллектуальный сервис, который осуществляет комплексную охранную программу; управление бытовыми приборами

Дом, который благодаря автоматизации и интеграции отдельных систем превращается в единое целое, способен обеспечить сохранность жизни и здоровья человека (табл. 3).

Таблица 3

Системы обеспечения жизни и контроля здоровья в умном доме

Шаг № 1. Защита от чрезвычайных ситуаций	Система безопасности «умного дома» способна обеспечить охрану от проникновения, включение пожарной сигнализации
Шаг № 2. Контроль климата, хронотерапия, минимальный электромагнетизм	Система умного дома способна обеспечить микроклимат: температурный режим, влажность, освещение, цветовое оформление и контроль электромагнитного поля во всех помещениях
Шаг № 3. Контроль физиологических показателей человека	Система умного дома, смартфоны и трекеры способны контролировать температуру тела, кровяное давление, уровень сахара в крови
Шаг № 4. Поддержка и помощь больному	Система умного дома способна дистанционно управлять бытовыми приборами, своевременно извещать о времени приема лекарств
Шаг № 5. Экология	Здание построено из экологически чистых материалов, сертифицировано LED

Умный дом – это еще и биомедицинский стартап для ученых и корпораций. Например, в 2018 году компания Amazon запатентовала технологию диагностики здоровья человека по речи. В патенте указано, что «кашель, сопение или плач могут указывать на то, что у пользователя есть физическое или эмоциональное нарушение». Главная задача умного дома в домашнем здравоохранении – отслеживание медицинских параметров человека, информирование медицинских работников, создание оптимальных параметров микроклимата в помещениях [6].

В период пандемии COVID-19 актуальным для правительств многих стран мира стал вопрос объективной оценки состояния здоровья человека на расстоянии. Если власти видят в человеке лишь пациента, то технологии мониторинга здоровья дают ему надежду на выздоровление и длительную жизнь; если они рассматривают его как гражданина, избирателя, то эти же технологии устанавливают постоянный контроль

его деятельности, что вызывает многочисленные этические вопросы. Сегодня смартфонами пользуются 4 млрд человек, в каждом есть набор датчиков, который можно эффективно использовать, чтобы следить за здоровьем. Так было в Китае, где к программе отслеживания контактов с носителями COVID-19 были подключены около 1 млрд человек. Будущее человечества в умных городах, умных домах, домашней медицине. Пока умные системы не лишены недостатков, в числе которых высокая стоимость оборудования и большой срок окупаемости; уязвимость к кибератакам; несогласованность в управлении оборудованием от разных производителей. Но есть и главное, умные города – это еще одна ступень в обеспечении экологии, сохранении здоровья человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автоматизация процессов, цифровые и информационные технологии в управлении и клинической практике лечебного учреждения [Текст]: научные труды / Под ред. О.Э. Карпова. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 388 с.
2. Веселова, А. О. Перспективы создания «умных городов» в России: систематизация проблем и направлений их решения [Текст] / А. О. Веселова, А. Н. Хацкелевич, Л. С. Ежова // Вестник Пермского университета. Экономика. – 2018. – Т. 13, № 1. – С. 75–86.
3. Медведева, Л. Н. Спилловер-эффект от развития умных городов на площадке средних промышленно развитых [Текст] / Л. Н. Медведева. // Инновационное развитие города Волжского в условиях современной экономики. – Волгоград, 2020. – С. 77–82.
4. Николаев, В. П. Умные города – будущее сегодня [Электронный ресурс] / В. П. Николаев. – Режим доступа: <http://www.jetinfo.ru/stati/umnye-goroda-buduschee-segodnya> (дата обращения 06.06.2020).
5. Соловьева, В. В. Что такое «экотон»? [Текст] / В. В. Соловьева // Самарский научный вестник. – 2014. – № 2 (7) – С. 116–119.
6. Умный дом: как Google, Apple и Samsung изменят наши жилища [Электронный ресурс] // В мире чудес. – Режим доступа: <https://vmirechudes.com>.
7. Livingston B. E. The distribution of the upland societies of Kent Country, Michigan. Bot. Gas., 1903. – P. 35, 36.
8. Melikhov, V. V. Green Technologies: The Basis for Integration and Clustering of Subjects at the Regional Level of Economy [Текст] / Melikhov V. V., Medvedeva L. N., Novikov A. A., Komarova O. P. / Integration and Clustering for Sustainable Economic Growth. – 2017. – P. 365–382.

УДК 616.89

АКТУАЛЬНОСТЬ ЗНАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Назим Яшарович Оруджев

заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии, д. м. н.,
профессор

Инна Игоревна Замятина

главный врач ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2», г. Волжский,
доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии

Ольга Викторовна Поплавская

доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии

Волгоградский государственный медицинский университет

Частота психических нарушений среди лиц, обращающихся за любыми формами медицинской помощи, составляет до 30 %, по данным разных авторов, при этом наибольшее количество лиц с психическими нарушениями обращаются за помощью не к психиатрам, а к врачам общей практики. До 20 % взрослых пациентов, обращающихся за медицинской помощью к врачам первичного звена здравоохранения, страдают депрессией или тревожными расстройствами, однако предъявляют преимущественно соматические жалобы [1, 3, 5]

Пандемия COVID-19 привела к росту тревожно-депрессивных расстройств, ПТСР, обсессивно-компульсивной симптоматике, соматизации клиники, что определило возникновение новых целей и задач перед специалистами многих направлений медицины [2, 4].

Последствия воздействия новой коронавирусной инфекции на организм человека может повлечь за собой не только изменения легочной системы, но и возможны тромбоэмболии, тромбозы, поражения центральной нервной системы, миокарда, почек, печени, желудочно-кишечного тракта, эндокринной и иммунной систем (временные методические рекомендации; профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 Версия 8 (03.09.2020) МЗРФ). На этом фоне, все чаще, врачи, принимающие участие в лечении таких

пациентов, стали отмечать развитие психических нарушений, как во время болезни (от нарушения ориентации, снижения когнитивных функций до психотических расстройств), так и после перенесенной инфекции – тревожные расстройства в виде панических атак, различные фобии. Эти наблюдения врачей находят и свое подтверждение в публикациях, как отечественных, так и зарубежных исследователей в области психиатрии.

Нами была проведен опрос 20 врачей методом интервьюирования, непосредственно работающих в перепрофилированных инфекционных госпиталях, с пациентами, страдающими новой коронавирусной инфекцией. Ни один из опрошенных специалистов ни является сертифицированным врачом психиатром. При этом владея общими базовыми знаниями в области психиатрии, все отмечали наличие изменений в психической сфере, как у пациентов, так и у многих врачей. Среди пациентов среднего возраста наблюдали агрессивное поведение в адрес медицинского персонала, несогласие с необходимостью длительного пребывания в стационаре с невозможностью выходить на прогулки, встречаться с родственниками, «нам нужна свобода», «вы специально здесь держите», «готовые анализы хранятся в столе у администрации, вы скрываете» высказывания зачастую сопровождалась применением ненормативной лексики, угрозой физического воздействия. Практически у всех пациентов мужского и женского пола были отмечены депрессивные эпизоды, сопровождающиеся плачем, грустью, мыслями о безысходности, пациенты с обидой реагировали на отказ врача «присесть к ним на кровать», жаловались на недостаток внимания, общения со стороны медицинского персонала.

Специалисты выявили у пациентов пожилого возраста частую потерю ориентации в месте и времени в первые дни пребывания в стационаре. Часть респондентов выявили элементы нарушения памяти у пациентов старше 75 лет, проявляющиеся в амнезии процесса недавнего приема пищи, визита врача на обходе.

Также был проведен опрос 50 врачей амбулаторного звена, из них: терапевты 74 % (37 человек), кардиологи – 4 % (2 человека), неврологи – 22 % (11 человек). Стаж работы: до 5 лет имели 14 % (7 респондентов), от 5 до 10 лет – 26 % (13 человек), от 10–20 лет – 24 % (12 человек), от 20 до 30 лет – 20 % (10 человек), больше 30 лет –

8 % (4 человека). Возраст респондентов составил 25–45 лет – 58 %, 45–60 лет – 30 %, старше 60 – 12 %.

На вопрос: «На Ваш взгляд, разбираетесь ли Вы в психотропных препаратах?» да ответили 34 % респондентов, 46 % используют отдельные препараты для рекомендации пациентам, 20 % ответили, что направляют к специалисту, если предполагают необходимость назначения психофармакологического препарата, 2 % дали отрицательный ответ.

Однако своим знакомым психотропные препараты рекомендовали 50 % респондентов, 34 % врачей считают, что психофармакотерапию должен назначать только врач психиатр, 14 % рекомендовали только в случаях пограничных психических расстройств.

Половина опрошенных врачей назначали пациентам антидепрессанты, 58 % – снотворные препараты, 56 % – ноотропы, 38 % применяли в своей работе транквилизаторы, 30 % респондентов рекомендовали нейролептические препараты, 18 % – нормотимики, 10 % – психостимуляторы.

Ровно пополам разделилась группа респондентов при ответе на вопрос: «Считаете ли Вы, что программу тематического усовершенствования (ТУ) по Вашей специальности необходимо дополнить информацией о психических расстройствах». Половина респондентов ответили утвердительно. Остальные хотели бы получить выборочную информацию. Отрицательных ответов не было.

О препаратах, используемых для лечения психических расстройств хотели бы получить информацию 60 % опрошиваемых, 44 % хотели бы знать больше о взаимодействии психофармакологических средств с препаратами, используемыми в их специальности, 2 % сообщили, что не нуждаются в подобной информации.

В своей работе все врачи сталкиваются с пациентами, в отношении которых можно предположить наличие психических расстройств, 8 % респондентов сообщили, что не обращают внимания на психический статус пациента.

Более половины респондентов 52 % отметили, что испытывают неуверенность и дискомфорт в коммуникации с пациентами, имеющими нарушения психики. При этом 70 % специалистов сказали, что порекомендуют пациенту обратиться к психиатру, если диагностируют

наличие психических расстройств, 1,4 % сообщили, что поручат медсестре связаться с родственниками в данной ситуации. Только 2 % респондентов сообщили, что при назначении лечения никогда не придавал значения тому факту, что пациент принимает препараты для лечения психических расстройств. Не задумывались о совместимости препаратов. Почти половина опрошенных докторов 44 % не придадут значение проблеме комплаентности к лечению у лиц, имеющих психические расстройства.

Все опрошенные доктора отмечали, что нуждаются в повышении компетентности в области психиатрии, самым удобным материалом респонденты считают краткие брошюры по психиатрическому образованию и аутотренингу для медицинского персонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Евсегнеев Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике [Текст]: Руководство для врачей / Евсегнеев Р. А. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 592 с.
2. Ениколопов, С. Н. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 [Текст] / Ениколопов С. Н., Бойко О. М., Медведева Т. И., Воронцова О. Ю., Казьмина О. Ю. // Психолого-педагогические исследования. – 2020. – Т. 12, № 2. – С. 108–126.
3. Оруджев, Н. Я. Психические расстройства при заболеваниях сердечно-сосудистой системы [Текст] / Оруджев Н. Я., Черная Н. А., Поплавская О. В. // Монотематический сборник лекций ученых ВолгГМУ. Сердце. – Волгоград, 2016. – С. 251–257.
4. Сорокин, М. Ю. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением COVID-19: данные онлайн-опроса [Текст] / Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г. В., Макаревич О. В., Незнанов Н. Г., Лутова Н. Б. и др. // Вестник РГМУ. – 2020. – № (3).
5. Черная, Н. А. Боль как симптом психического неблагополучия [Текст] / Черная Н. А., Поплавская О. В. // Российский журнал боли. – 2020. – Т. 18, № 8. – С. 125–126.

УДК 65.012.7

ПАНДЕМИЯ COVID-2019: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Виктория Евгеньевна Тронева

заместитель председателя

Татьяна Юрьевна Сергиенко

старший консультант отдела экономического анализа и оплаты труда

Комитет здравоохранения Волгоградской области

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 поставила систему здравоохранения перед серьезными экономическими вызовами, внесла существенные изменения в работу медицинских организаций. За период с марта по сентябрь 2020 года комитетом здравоохранения Волгоградской области (далее – Облздрав) на территории региона с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации в 27 перепрофилированных медицинских организациях было развернуто 3639 инфекционных коек для оказания медицинской помощи больным COVID-2019. Сформированы временные штатные расписания инфекционных госпиталей, всего для работы в них задействовано 6128 штатных единиц медицинских работников.

Работа подведомственных Облздраву медицинских организаций организована в соответствии с требованиями приказа № 198н, при этом оснащение инфекционных госпиталей в соответствии с минимальными требованиями потребовало серьезных финансовых вложений в систему здравоохранения.

На приобретение оборудования, средств индивидуальной защиты, строительство новой инфекционной больницы, кислородную разводку в 2020 году израсходовано 1,7 млрд.рублей.

На дополнительные стимулирующие выплаты медицинским работникам и иному персоналу медицинских организаций за период с апреля по август 2020 года направлено 2,4 млрд рублей.

При этом по итогам первого полугодия 2020 года отмечается значительный рост кредиторской задолженности, в том числе просроченной по средствам обязательного медицинского страхования (ОМС).

Общая сумма просроченной кредиторской задолженности по состоянию на 01.07.2020 составила 283 млн рублей. По сравнению с 01.01.2020 задолженность увеличилась в два раза.

Данная ситуация обусловлена проведением мероприятий по предотвращению распространения COVID-19.

Вследствие приостановления оказания плановой медицинской помощи выпадающие доходы медицинских организаций в рамках реализации территориальной программы ОМС составили за апрель–июнь 2020 года 2198,2 млн рублей, в том числе за медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара 1156,3 млн рублей.

Анализ доходов государственных медицинских организаций Волгоградской области от оказания платных медицинских услуг за первое полугодие 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года показал снижение поступлений на 365,2 млн рублей, что составляет 10,4 % от полученного в 2019 году дохода.

Анализ финансового состояния медицинских организаций показал, что наибольший рост кредиторской задолженности в системе ОМС произошел в перепрофилированных стационарах.

Необходимо отметить, что фактическая стоимость лечения тяжелого случая COVID-19 составляет 394,0 тыс. рублей, что в 2,1 раза выше установленного тарифа в системе ОМС. При этом более половины полученных средств направляется на закупку средств индивидуальной защиты и кислорода (среднемесячные расходы на медицинский кислород увеличились в перепрофилированных медицинских организациях в 2,5 раза), расходы на диагностические и инструментальные исследования.

Для исправления финансовой ситуации крайне необходимо направление дополнительных средств на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования.

Облзравом в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется региональный проект «Развитие экспорта медицинских услуг Волгоградской области» (далее – региональный проект), ориентированный на привлечение иностранных пациентов для получения медицинской помощи на территории Волгоградской области.

Волгоградская область имеет оснащенную современным оборудованием медицинскую базу, высококвалифицированных специалистов, а также опыт проведения Чемпионата мира по футболу в 2018 году.

Основной показатель – количество пролеченных иностранных граждан. К 2024 году целевой показатель по Волгоградской области

должен достичь 3,57 тыс. человек. Период реализации проекта с 01.01.2019 по 31.12.2024.

Для участия в проекте определены 20 ведущих государственных медицинских организаций.

Все мероприятия, проводимые в 2019 г., были направлены на повышение уровня информированности граждан зарубежья и других регионов о возможностях Волгоградской области.

Проведены маркетинговые исследования туристического рынка медицинских услуг, выявлены наиболее востребованные услуги, определен перечень стран и регионов. Проведена масштабная информационно-рекламная кампания, созданы ролики, буклеты об организациях участниках проекта. Организована учеба для специалистов организаций по маркетингу и ценообразованию, а также английскому языку. Созданы разделы на сайтах организаций, в том числе на иностранных языках, посвященные медицинскому туризму, медицинские организации участники регионального проекта активно рекламируют себя в социальных сетях, создают лендинги.

Проводится активная работа по оформлению международных сертификатов качества ISO 9001:2015. Сертификаты качества ISO 9001:2015 получены 7 государственными медицинскими организациями Волгоградской области. Облздрав и подведомственные организации в составе официальной делегации Волгоградской области посетили Республику Узбекистан, приняли участие во всех масштабных мероприятиях и конференциях, посвященных тематике медицинского туризма.

Плановый показатель на 2019 год – 1,17 тыс. пролеченных иностранных граждан исполнен на 100,0 %.

Сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка, приостановление плановой медицинской помощи, закрытие границ в 2020 году крайне негативно отражаются на реализации проекта «Развитие экспорта медицинских услуг Волгоградской области».

В первом квартале 2020 года государственными медицинскими организациями участниками регионального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг Волгоградской области» было пролечено 360 иностранных пациентов.

По сравнению с первым кварталом 2019 года количество пролеченных иностранных граждан по итогам первого квартала 2020 года увеличилось на 125 человек. Что может свидетельствовать об эффективности проведенных за 2019 год мероприятий.

За период пандемии (апрель-август 2020 года) в условиях угрозы распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) участниками регионального проекта было пролечено 414 иностранных пациентов, что на 26,4 % меньше, чем за аналогичный период 2019 года.

Данная ситуация свидетельствует о необходимости поиска новых продвижений медицинских организаций.

Несмотря на сложности в этом году работа продолжается.

Разработано мобильное приложение на базе платформы Android на английском, армянском, азербайджанском языках. Проходят прямые эфиры с ведущими специалистами клиники на регулярной основе. Организации создают и продвигают бренды врачей, внедряют личные кабинеты врачей, пациентов и медицинских регистраторов. Организуется дистанционная поддержка пациентов «Линия здоровья». Развиваются дистанционные методы привлечения пациентов и дистанционные методы взаимодействия с клиникой (интернет-эквайринг). Проводятся обучающие тренинги по разнообразным тематикам. Проводится активная работа во всех социальных сетях. Осуществляется сопровождение пациентов на территории клиники (персональный менеджер Medical assistance). Ведется сбор и трансляция видео-отзывов.

Подводя итог, хотелось бы сформулировать ключевые экономические проблемы, возникшие в период пандемии:

- недостаточность тарифов ОМС для лечения COVID-19 в инфекционных стационарах, значительно возросшие расходы для обеспечения санитарно-эпидемиологических мероприятий и снижение внебюджетных доходов в медицинских организациях;

- сложности привлечения пациентов в условиях ограничений, а также увеличение запросов от пациентов стран СНГ с целью получения приглашения и въезда на территорию РФ, целью которого не является лечение;

- ответственность медицинской организации за приглашение пациента и несвоевременный выезд с территории РФ.

Все вышеуказанные проблемы требуют принятия решений как на федеральном межведомственном уровне, так и в рамках каждого субъекта. Очевидно, что работа медицинских организаций уже не будет прежней и для того, чтобы успешно развиваться и быть конкурентоспособным на рынке медицинских услуг, необходимо уметь меняться в соответствии с современными реалиями.

II. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ И ПРОЦЕССОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 65.012.7

ТЕОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЛАСТНО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ГОСУДАРСТВА И ОБЩЕСТВА

Виктория Юрьевна Подуруева-Милоевич

аспирант

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте РФ*

научный руководитель д. полит. н., доцент В. А. Колесников

Наталья Владиленовна Протопопова

преподаватель кафедры иностранного языка с курсом латинского языка

Волгоградский государственный медицинский университет

Если рассматривать власть как разновидность межличностных отношений среди людей или групп людей, ее можно охарактеризовать тем, что один – активный объект (лидер) побуждает к действиям другого – пассивный объект (ведомый). В те далекие времена перед могучими силами природы древний человек был практически беспомощным. Чтобы противостоять стихиям и выжить, он должен был взаимодействовать с другими людьми. Только действуя сообща, люди каменного века могли защититься от хищников или добыть пропитание на охоте. Но совместная деятельность удачна тогда, когда кто-то организует и возглавляет общие усилия всех членов родовой общины. Как правило, этим координатором или руководителем общеплеменных усилий обычно становился старейшина, много знающий и умеющий или самый умелый и опытный охотник.

Руководитель или лидер, как правило, имел качества, отсутствующие у большинства соплеменников или, как сейчас принято выражаться, обладал ярко выраженной харизмой. Сила и опыт, воля и энергия, спаянные в одном человеке, порождали на свет лидеров. Л. Н. Гумилев считал, что данный набор качеств можно заменить одним словом – пассионарность. «Пассионарии стремятся изменить окружающее и способны на это. При этом пассионарии выступают не только как непосредственные исполнители, но и как организаторы» [1]. При умелых действиях руководителя племя не только выживало, но и успешно противостояло внешним и внутренним угрозам. А соответственно рос личный авторитет и уважение лидера. Примерно так появились первые зачатки власти. Пройдя определенный путь своего развития, древние люди укротили стихию огня, научились изготавливать и усовершенствовали орудия труда и охоты, освоили земледелие, приручили диких животных. Эти факторы способствовали появлению излишков продуктов, которые надо было защищать от других родов, менее удачливых в охоте и земледелии. Для руководства этими мероприятиями требовались опытные люди, умеющие делать это лучше других – вожди, обладающие большой властью над своими соплеменниками. Вождь обладал правом отдавать приказы и требовать их выполнения, иногда даже жестоко наказывать провинившегося, в назидание другим. Власть лидера своим основанием имела необходимость в постоянно поддерживаемом авторитете.

Племя (органы управления) выбирало вождем человека, в наибольшей степени олицетворявшего актуальные на текущий момент представления о справедливости, добре, силе, уме и способного обладать рядом важнейших лидерских качеств и организаторских способностей. И такие суровые требования к вождю не случайны. Ведь вождь для своего племени – это уверенность в завтрашнем дне и спокойствие за свое существование. Своих вождей соплеменники считали обладателями магических знаний. Они верили, что вождь может предотвратить стихийные бедствия, урегулировать конфликтные ситуации, отстоять границы своего племени и защитить его.

Дальнейший постепенный переход от родовой общины к соседской общине привел к тому, что люди перестали жить под одной крышей в общем большом доме или в одной пещере, не охотились сообща, не занимались совместной рыбной ловлей или полевыми работами.

Однако люди по-прежнему нуждались в защите от враждебных соседей, или могла возникнуть необходимость общих усилий в экстремальных условиях (пожарах, наводнениях). Поэтому для успешного противодействия внешним угрозам нужна была власть, которой бы беспрекословно повиновались все члены общины. В таких условиях роль вождя становилась еще более весомой. Более того, зачастую эта должность передавалась от отца к сыну, то есть становилась наследственной.

В прогрессивном развитии человечества, после распада первобытнообщинного строя, по мере дальнейшего роста производства, возникла потребность в государстве. Государство выступало как аппарат управления, который устанавливает общие правила на все случаи жизни и контролирует их выполнение. Таким образом, возникла государственная власть. Несомненное ее отличие состоит в ее верховенстве, независимости и профессионализме ее аппарата, равно как и ее универсальности и неоспоримом влиянии на все подведомственные ей структуры.

При демократическом устройстве возникает тенденция сближения субъекта и объекта власти, ведущая к их постепенной общности. Каждый гражданин (работник) является не только подвластным, а также членом демократического общества [2], он вправе быть первоносителем и источником власти. Он имеет право участвовать в формировании выборных [2] органов власти, влияя на количественный и качественный состав формируемых представительных структур.

Под властеотношениями принято понимать взаимодействие между субъектом и объектами власти в процессе ее осуществления.

Методы управления – это те приемы, которые использует государственная власть в целях подчинения своей воле поведения и деятельности подвластных. Множество приемов осуществления власти можно свести к трем основным методам: отрицательному стимулированию, положительному стимулированию и мотивированию. Отрицательное стимулирование (принуждение) заключается в лишении (угрозе лишения) человека возможности удовлетворять его потребности. Отрицательное стимулирование применяется как физическое [3] (ограничение свободы) и экономическое (штраф). Положительное стимулирование напротив, предполагает удовлетворение потребностей человека, в награду за выполнение им требований власти и может быть двух видов: материальное стимулирование (премия) и символическое (награда,

повышение социального статуса). Высший орган управления использует данные методы, в том числе сочетая их. В конечном результате личная власть нацелена на достижение эгоистичных целей доминирующего, несмотря на различные покровы, под которыми могут скрываться истинные цели. Тема личной власти, ее источников и способов обширная и важная, но больший интерес для нас являет социальное управление.

Основным отличием социальной власти является ее взаимосвязанный характер [2], что в свою очередь обеспечивает стабильность и поступательное развитие в обществе. Социальное управление также занимается распределением положения в социальной структуре, статусов, должностей, льгот и привилегий.

Практическое применение социального управления в учреждениях и на предприятиях выражается в лишении собственника права [4] единолично принимать решение об увольнении работника, определять ему размер заработной платы, понижать в должности. Все эти вопросы социальной направленности должны регулироваться соответствующими нормативно-правовыми актами и решаться с непосредственным вовлечением профсоюзов, производственных советов, суда и некоторых других государственных и общественных учреждений. Одним из важных показателей социальной власти является оказание помощи в различных формах своим гражданам, находящимся в различных трудных жизненных ситуациях. Широта охвата всех категорий, нуждающихся в данной помощи, говорит о степени развитости социальной власти.

Особый интерес вызывает вопрос распределения власти. Власть распределяется неравномерно между всеми людьми, она концентрируется в руках меньшинства, как наиболее успешного в различных видах деятельности, и идентифицирующегося под термином «элита». Одним из критериев включения этих людей в состав элиты является способность и возможность принимать ответственные решения, а самое главное, нести за них ответственность. Под контрэлитой подразумеваются целеустремленные и активные граждане (сотрудники) по своим качествам соответствующие статусу элиты, но не допущенные в ее состав, то есть контрэлита – группа оппозиции, которая имеет цель отодвинуть элиту и захватить власть. Борьба за власть между первыми двумя группами хорошо просматривается на всем протяжении истории человечества. В состав контрэлиты, как правило, входят: политические активные элементы, революционеры, религиозные диссиденты.

В связи с тем, что состав контрэлиты неоднороден, она может состоять из нескольких обособленных групп. Однако эти группы в определенные моменты могут объединяться лишь с одной целью – убрать со своего пути элиту. Можно вспомнить различные партии Российской империи начала XX века, диаметрально противоположные по своим политическим взглядам и социальному составу, но которые фактически действовали заодно в попытке уничтожить самодержавие. К неэлите можно отнести остальную людскую массу, как правило, в нормальных условиях это политически пассивная часть общества. Восхождение к вершине власти начинается с того, что «молодая» элита захватывает власть, в данном случае каким способом, не столь важно.

Элита работает на упреждение, так как, включая представителей контрэлиты в свои ряды, она тем самым решает несколько задач. Первой, из которых можно назвать то, что включение представителей контрэлиты в свои ряды – это вливание свежей крови, обновление самой элиты. Вторая задача элиты – отрыв активной части контрэлиты от наиболее радикальных общественных движений, с целью недопущения дестабилизации существующего порядка путем социальных взрывов и революций. Третьей задачей можно считать, что таким путем элита показывает всему обществу, что проблемы народа ей не чужды и что она готова сотрудничать с его лучшими представителями. Но и представители контрэлиты также решают свои определенные задачи, из которых можно выделить несколько главных. Первой задачей можно назвать возможность доведения напрямую до господствующей элиты всего комплекса существующих общественных проблем. Второй задачей является прямое участие представителей контрэлиты в выработке путей решения данных проблем. Благодаря взаимовлиянию двух групп происходит эволюционное развитие политической системы, что в итоге благоприятно сказывается на развитии государственной власти и в целом для граждан страны.

Честные выборы, проведенные независимые социологические опросы населения могут показать степень эффективности власти, а соответственно уровень легитимности. Эти способы дают власти время и шанс исправить создавшуюся ситуацию и вернуть доверие народа. Представители власти должны быть «прозрачны», так чтобы и тени сомнения не возникало обвинить их предосудительных

поступках или нечистоплотности. Кроме этого, представители власти должны нести ответственность за все свои действия, то есть обязаны реально быть подотчетны своему народу. Также необходимо постоянно проводить ротации властей предержавших, чтобы не дать обрасти коррупционными составляющими, а самое главное, чтобы не «замыливался» глаз и проблемы граждан были отчетливо видны. В таком случае гарантируется стабильность и процветание страны.

Подводя краткий итог вышесказанного, можно сделать вывод, что власть – неотъемлемая составляющая любого общества, без которой немыслима никакая разумная форма устройства. Власть может быть как позитивной – когда она используется в первую очередь для общественного блага, так и негативной – когда ее употребляют в корыстных целях, или для удовлетворения сугубо личных амбиций. В наше время власть – это не только могущество и вседозволенность, прежде всего это большая ответственность для тех людей, в чьих руках она находится. Это способность влиять небольшой группы на поведение и жизнь большинства других людей, на распределение материальных ресурсов и других благ, реформирование системы как насущной необходимости, требующей повышения уровня здоровья нации, сохранения социальной стабильности в обществе [5]. Из целей и задач, которые перед собой ставит власть, вытекают властно-управленческие функции, предназначенные для их решения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скребнев, В. А. История как наука: учебное пособие [Текст] / В. А. Скребнев. – Тамбов: Изд-во ФГБОУ ВПО «ТГТУ», 2012. – 80 с.
2. Силин, А. А. Философия и психология власти [Текст] / Силин А. А. // Свободная мысль. – 1995. – № 12.
3. Воробьева, О. А. Государственная власть как уровень публичной власти [Текст] / Воробьева О. А. // Общество: политика, экономика, право. – 2012. – № 1. – С. 144–151.
4. Владимирова, В. В. Гражданское общество и социально-правовое государство [Текст] / Васильев В. В. и др. // Право. – М.: Издательство Юрайт, 2013. – С. 59–78.
5. Подуруева-Милоевич, В. В. Проблемы отечественного здравоохранения и пути их решения. Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. [Текст] / Подуруева-Милоевич В. В. // Сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2019. – С. 45–47.

УДК 659.4

ПРОБЛЕМЫ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИЙ ВУЗА И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЯ

Светлана Евгеньевна Ситникова

старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента

Волгоградский государственный медицинский университет

На основе анализа о результатах мониторинга эффективности деятельности образовательных организаций высшего образования 2019 года формулируются проблемы коммерциализации инноваций вузов на современном этапе, рассматриваются перспективы их решения и предлагается модель организации данного процесса на основе искусственного интеллекта.

Исследование выполнено на примере вузов Волгоградской области, которые демонстрируют высокую исследовательскую активность и рассматривают коммерциализацию своих инноваций как один из основных источников доходов.

Анализ функционирования высших учебных заведений в современной России показывает, что их эффективное развитие обусловлено влиянием двух факторов.

Во-первых, отмечается рост требований государства и общества к самофинансированию вузов. Возможности финансирования деятельности вузов становятся все более ограниченными, что приводит к необходимости их самофинансирования. Влияние данного фактора возрастает в последнее время на фоне потрясений российской экономики, роста масштабов государственных программ, направленных на модернизацию экономики и социальную поддержку населения. Вместе с тем, оказание платных образовательных услуг, научные исследования, разработки и внедрение их результатов являются перспективным направлением коммерческой деятельности современного вуза и, соответственно, источником его доходов.

Во-вторых, наблюдается окончательное формирование рыночных отношений в научной сфере. Потребители образовательных и научно-исследовательских услуг, оказываемых современным вузом, готовы

приобретать данные услуги на рыночных условиях в рамках договорных отношений только на условиях предоставления высокого их качества и своевременности. Существует конкуренция между предложением (среди вузов и других поставщиков услуг) и спросом (среди потребителей услуг – компаний, внедряющих инновации). Современные российские вузы, проводящие НИОКР, как правило, финансируются государством и отличаются сложной бюрократической организационной структурой, что снижает их гибкость и маркетинговую активность.

Исходя из этого, предлагается гипотеза о том, что «человеческий фактор» препятствует коммерциализации вузовских инноваций, а перспективы совершенствования данного процесса связаны с внедрением искусственного интеллекта.

Специфика коммерциализации инноваций современных вузов и связанные с ней проблемы подробно изучаются в материалах работ как зарубежных экспертов (М. Дальзель, М. Майер, Г. Хойзер и др.), так и отечественных экспертов (А. Д. Булат, О. А. Миронова, В. И. Вагизова и др.). Различные перспективные направления реализации искусственного интеллекта в современных экономических практиках для интеллектуальной поддержки принятия решений отражены в работах Иванова А. А., Попковой Е. Г. и других. Однако возможности и перспективы применения ИИ для коммерциализации университетских инноваций слабо изучены и требуют дополнительных исследований, направленных на снижение неопределенности и риска данного процесса и разработку концепции его организации.

Экономический и математический смысл предложенной гипотезы заключается в том, что не все инновации, создаваемые вузами, могут быть коммерциализированы, научные разработки образовательных организаций в лучшем случае окупаются, а в худшем – становятся убыточными.

Следовательно, разница между доходами и расходами вуза на разработку инноваций должна быть равна или выше нуля, а также должна быть слабая корреляция доходов вуза от коммерциализации инноваций с расходами на них.

Для проверки выдвинутой гипотезы использованы информационно-аналитические материалы по результатам проведения мониторинга эффективности деятельности образовательных организаций высшего

образования 2019 года, проведенного Министерством науки и образования Российской Федерации. Исследование выполнено на примере вузов Волгоградской области, которые демонстрируют высокую исследовательскую активность и рассматривают коммерциализацию своих инноваций как один из основных источников доходов.

Показатели расходов на НИОКР следующие:

- общий объем НИОКР;
- общее количество публикаций организации в расчете на 100 НПР.

Показатели результатов коммерциализации инноваций вузов следующие:

- общий объем доходов от НИОКР, выполненных собственными силами;
- доходы от НИОКР в расчете на одного работника науки и образования;
- доля доходов университета от НИОКР в общем объеме доходов университета;
- доля внебюджетных средств в доходах от научных исследований и разработок.

Эти данные обрабатывались с помощью сравнительного и корреляционного анализа.

Итоги сравнительного анализа показали, что инвестиции в НИОКР не приносят прибыли вузам Волгоградской области, а в ряде случаев приносят убытки. Так, например, общий объем НИОКР, выполненных Волгоградским государственным медицинским университетом в 2019 году, составил 93552,20 тыс. руб., а общий объем доходов от реализации НИОКР был ниже на 13,75 %, составив 80 684,4 тыс. руб.

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют, что соотношение доли внебюджетных средств в доходах от НИОКР с общим объемом НИОКР составило 44 %, а с общим количеством публикаций на 100 работников НПР – отрицательное. Это подтверждает выдвинутую гипотезу о неоптимальности существующей практики коммерциализации инноваций университетов и необходимости ее совершенствования.

Можно выделить следующие проблемы, которые возникают в процессе коммерциализации инноваций вуза:

- фрагментарный анализ рынка инноваций, что приводит к осуществлению невостребованных НИОКР и формированию предложения, имеющего низкую конкурентоспособность на рынке;

– сокращение прибыли вуза в результате заключения договоров на предоставление инноваций, которые не были выполнены в полном объеме вследствие неправильного расчета сроков НИОКР и их результатов;

– неполнота предоставляемых услуг, необходимых при коммерциализации инноваций.

Как вариант решения вышеперечисленных проблем можно предложить использовать модель коммерциализации инноваций вуза на основе ИИ.

Искусственный интеллект выполняет анализ больших данных рынка инноваций, направленный на определение стоимости, тенденций изменения и соотношения спроса и предложения, а также уровня цен. По результатам проведенного анализа ИИ осуществляет интеллектуальное сопровождение формирования предложения инноваций на рынке для представителя вуза, который отвечает за коммерциализацию инноваций. В зависимости от организационной структуры образовательного учреждения это может быть работник какого-либо структурного подразделения.

Благодаря этому представитель вуза предлагает конкурентное предложение, востребованное на рынке. ИИ обеспечивает интеллектуальную поддержку определения условий соглашения, благодаря чему заключается взаимовыгодный контракт, учитывающий все тонкости процесса коммерциализации инноваций. ИИ также информирует организацию о ходе исполнения соглашения и обеспечивает интеллектуальную поддержку внедрения инноваций (автоматизированное проектирование).

Установлено, что несовершенство существующей практики коммерциализации инноваций вузов объясняется негативным влиянием «человеческого фактора», связанного с фрагментарным анализом рынка инноваций, снижением прибыли университета при заключении договора на поставку инноваций, а также неполнотой предоставляемых услуг, необходимых для коммерциализации инноваций. Это влияние преодолевается в разработанной модели коммерциализации вузовских инноваций на основе ИИ.

Предложенная модель предусматривает полномасштабную интеллектуальную поддержку принятия решений на протяжении всего

процесса коммерциализации инноваций вуза, от формирования предложения инноваций на рынке до автоматизированного инжиниринга на предприятии, внедрившем инновации университета. Таким образом, обеспечивается снижение нагрузки на представителя вуза, ответственного за коммерциализацию инноваций, а также максимизируется прибыль вуза от нее.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Информационно-аналитические материалы по результатам проведения мониторинга эффективности деятельности образовательных организаций высшего образования 2019 года [Электронный ресурс]. – Министерство науки и образования Российской Федерации. – Режим доступа: <http://indicators.miccedu.ru/monitoring/?m=vpo> (дата обращения: 10.09.2020).
2. Черемушникова, И. К. Асимметрия культурных кодов и нарративная компетентность в коммуникации врач-пациент [Текст] / Черемушникова И. К., Петрова И. А. // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 8. – С. 223–225.

УДК 378.01+ 614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЛОНТЕРСКОЙ ПОМОЩИ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Оксана Алексеевна Лисина

магистрант

Сергей Иванович Краюшкин

заведующий кафедрой амбулаторной и скорой медицинской помощи

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент, заведующий кафедрой экономики
и менеджмента С. Ю. Соболева*

В 2020 году добровольческое движение принимает активное участие в профилактике распространения новой коронавирусной инфекции. К волонтерству приобщаются люди самых разных возрастов и социальных статусов. Однако основу волонтерства представляет молодежь как самая социально активная демографическая группа [1, 2], выступающая за позитивные изменения в социуме.

Существует несколько определений волонтерства. Волонтер – это человек, который добровольно выполняет социально значимую работу. Первые волонтеры появились одновременно с возникновением организованного социального строя в обществе. Изначально в основе идеи добровольной помощи находилось стремление соответствовать нормам нравственности, которые были определены в различных религиозных учениях. Понятие «добровольчество» (в современной западной социологии «волонтерство» (Volunteerism)) применяется для обозначения добровольческого труда как деятельности, осуществляемой людьми добровольно и направленной на достижение социально значимых целей, решение проблем общества [7].

В словаре С. И. Ожегова волонтерство определяется как добровольное выполнение обязанностей по оказанию безвозмездной социальной помощи: добровольный патронаж над инвалидами, больными и престарелыми, а также лицами и социальными группами населения, оказавшимися в сложных жизненных ситуациях [3]. Именно такое определение добровольчества, по мнению авторов статьи, наиболее целесообразно для использования термина «волонтер» относительно студентов медицинских университетов. В этом контексте волонтеры медицинских вузов всегда были важным ресурсом для проведения профилактической работы с подростками и молодежью по формированию здорового образа жизни и т. п. [6].

Сегодня медицинское образование претерпевает серьезные изменения, и важно понимать, какое место занимает добровольческая деятельность в структуре образовательного процесса медицинского университета [10]. Реализация компетентностного подхода зависит от общей образовательно-культурной ситуации, в которой живет и развивается обучающийся [9]. Осуществление волонтерской деятельности на базе медицинского образовательного учреждения для студента может стать не только значимым социальным, но и первым профессиональным опытом. Образовательная среда медицинских учебных заведений обладает уникальными возможностями для формирования и развития добровольческого движения и манифестирования разнообразных видов волонтерской деятельности именно для студентов-медиков.

Волонтерскую практику в сфере здравоохранения можно определить как вид системной добровольческой деятельности на базе медицинского университета или медицинской организации, направленной

на практическую подготовку студентов и призванную повысить социальную и гражданскую активность студентов на основе оказания безвозмездной помощи в реализации мероприятий, нацеленных на решение актуальных социальных проблем [8]. В свою очередь, волонтерские практики являются ресурсом для взаимодействия образовательной организации с регионом, медицинскими организациями региона и НКО: квалифицированная помощь заинтересованного волонтера, новые идеи оптимизации и развития деятельности организации, партнерские отношения с университетским сообществом.

Как отмечалось выше, добровольчество воспринимается студентами как наиболее доступная форма социальной активности и как перспективная форма личностного и профессионального роста. В связи с большой актуальностью и развития волонтерства в 2020 году многие университеты стали более активно реализовать свою «третью роль» или социальную миссию через развитие добровольческого движения и выстраивание взаимодействия волонтеров университета с регионом, медицинскими организациями и НКО. Для медицинских вузов это направление вышло на первый план. Сегодня медицинские вузы по всей стране включились в процесс спасения людей, оказания помощи практическому здравоохранению. Одним из примеров является деятельность волонтерского центра ВолгГМУ.

В настоящий момент к волонтерам причисляют себя 25 % обучающихся. К 2020 году вырос процент студентов, кто минимум один раз принимал участие в волонтерской деятельности, он составил 33 % по сравнению с 2018 годом (10 %). В период распространения новой коронавирусной инфекции более 1500 волонтеров из числа обучающихся ВолгГМУ пришли на помощь медицинским организациям и социальным службам региона, что составляет 25 % от всех обучающихся в университете. Вовлечение волонтеров не только помогает бороться с распространением новой коронавирусной инфекцией, но и формировать *надпрофессиональные* компетенции. Специфика медицинской профессии отражена во взаимосвязи волонтерской и медицинской деятельности. Еще Парацельс убеждал: «Сила врача – в его сердце, <...> важнейшая основа лекарства – добрее и внимательнее» [5]. И сегодня одним из главных требований к профессиональным компетенциям врача является человечность в отношении к пациенту, а именно: милосердие, сострадание, желание прийти на помощь, отзывчивость, доброта, любовь. Именно этот мотив является ведущим у студентов ВолгГМУ

по результатам опроса. Среди мотивов участия в добровольчестве студенты отмечают следующие: 34 % – возможность посещать различные мероприятия, 53 % – возможность проявить сочувствие и соучастие к людям, 41 % – желание получить опыт социального взаимодействия и коммуникации.

В период распространения новой коронавирусной инфекции на помощь региональному здравоохранению было направлено более 1500 студентов ВолгГМУ. При этом по результатам опроса: 54 % сами пришли в волонтерскую деятельность, 36 % через старост и кураторов и 10 % привлекли деканаты. Волонтеры стали активно включаться в работу в составе регионального волонтерского штаба, открытого на базе ВолгГМУ, чем оказали помощь региону и региональному здравоохранению. К работе по помощи в покупке продуктов и лекарств, оплате ЖКХ, доставке продуктов и медикаментов в медицинские учреждения подключилось 153 человека. В региональном call-центре по вопросам распространения коронавирусной инфекции работают посменно 127 человек, которые приняли более 44 934 звонка. Для волонтеров регионального call-центра были проведены обучающие курсы, где студентам рассказывали о правилах коммуникации и методах решения конфликтных ситуаций, что непременно важно в работе будущих врачей. Студенты-волонтеры оказывали помощь по развертыванию палаток для первичного приема пациентов на территории медицинских организаций, работали в call-центре ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи», оказывали помощь на пункте приема передач в медицинских организациях, они задействованы в работе по профилактике коронавирусной инфекции в качестве контрольных групп термометрии на входе в университете и общежитиях и контроля масочного режима на территории корпусов университета. Всего задействовано в этой работе 112 человек. ВолгГМУ стал инициатором создания программы «Дистанционный помощник врача», куда в качестве волонтеров также привлекаются студенты. Их задача – помочь врачам-терапевтам в мониторинге состояния здоровья пациентов, которые находятся на амбулаторном лечении. Для студентов разработан чек-лист с вопросами для определения состояния здоровья пациента посредством телефонного звонка. В эту работу включились 250 волонтеров.

Во время работы происходит ориентация на личные и профессиональные интересы, студенты активно вовлекаются в деятельность

организации, формируют в себе навыки коммуникации и конфликтологии. Приобщение будущих врачей к профессиональной культуре, этике и морали, укрепление и развитие гуманитарной воспитательной среды, формирование на этой основе милосердия и отзывчивости как главных качества врача; обеспечение единства профессионального образования и нравственного воспитания, повышение конкурентоспособности будущего специалиста-медика. Университет заинтересован, с одной стороны, в развитии надпрофессиональных компетенций студентов, участвуя в неформальном образовании обучающихся, и, с другой стороны, в партнерских отношениях с некоммерческим сектором местного сообщества, реализуя свою социальную, «третью» миссию.

В условиях пандемии добровольчество становится самым популярным видом социальной активности у будущих врачей. Подобная деятельность в сфере оказания комплексной помощи и поддержки нуждающимся людям, оказание помощи медицинским организациям способствуют формированию социального капитала у студентов-медиков и приобретению ими практического опыта.

Такая деятельность *формирует* ответственное отношение к жизни и личному времени. Эта значимая роль добровольчества в профессиональном становлении студентов медицинских университетов приводит к необходимости развития в образовательной среде различных видов волонтерства с вовлечением большего количества обучающихся. Таким образом, добровольческая деятельность в медицинском вузе носит профессионально ориентированный характер и становится многокомпонентной: это этап профессионального развития и становления студента, это воспитательная деятельность, формирующая личность будущего врача, его самоорганизацию, *самоопределение* и саморазвитие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузьминчук, А. А. Направления молодежного добровольчества: специфика и перспективы развития [Текст] / А. А. Кузьминчук, М. В. Певная, Е. Р. Тимиршина // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2018. – № 2 (53). – С. 68–77.
2. Гриценко, Г. Д. Подростающее поколение как группа риска в современном российском обществе [Текст] / Г. Д. Гриценко, Л. А. Часовская. – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2009. – 149 с.
3. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений [Текст] / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова; 4-е изд., доп. – М.: А ТЕМП, 2006. – 938 с.

5. Энциклопедия мысли: сб. афоризмов и изречений от древности до наших дней [Текст] / сост. И. Б. Беляева. – СПб.: Респекс, 2000. – 590 с.
6. Омарова, А. М. Инновации в образовании: внедрение системы социальных практик в учебный процесс вуза [Текст] / Омарова А. М. // Инноватика – 2015: сборник материалов XI Международной школы-конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, 21–23 мая 2015 г. – Томск: ТГУ, 2015. – С. 572–577.
7. Аверин, В. А. Психолого-педагогические аспекты медицинского образования [Текст] / В. А. Аверин, Т. Л. Бухарина. – Екатеринбург: УрО РАН, 2002. – 405 с.
8. Зачиняева, Е. Ф. Профессионально-ориентированное волонтерство как средство развития профессиональной идентичности будущих специалистов [Текст] / Зачиняева Е. Ф. // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2011. – № 3. – С. 134–137.
9. Иванова, Л. А. Волонтерская деятельность войдет в правовое поле [Текст] / Иванова Л. А. // Рязанские ведомости. – 2013. – № 15. – С. 1–2.
10. Мандриков, В. Б. Реализация компетентностной модели образования на направлениях подготовки бакалавриата в Волгоградском государственном медицинском университете [Текст] / В. Б. Мандриков, М. В. Букатин, С. Ю. Соболева, А. В. Запорощенко, Н. А. Колобородова, О. Ю. Кузнецова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 6 (48). Часть 3. – С. 50–53.

УДК 338.48

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ: ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ В РОССИИ НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Берс Тагирович Мержоев

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. **И. В. Аракелова***

Медицинский туризм представляет собой сравнительно новое направление, целью которого является получение плановых медицинских услуг за пределами региона проживания. Медицинский туризм породил новую концепцию современного здравоохранения [1]. Пациент сам выбирает страну, регион, врача и клинику, где ему могут предложить самое современное и своевременное обследование, лечение. В условиях глобальной экономической конкуренции феномен медицинского туризма заставляет медицину развиваться более быстрыми темпами [2]. В России экспорт медицинских услуг является одним из приоритетных

направления Национального проекта «Здравоохранения». В настоящее время Волгоградская область активно включена в процесс продвижения и реализации медицинского туризма. Цель доклада: 1) определить факторы, влияющие на развитие медицинского туризма в Волгоградской области; 2) определить состояние развития медицинского туризма в Волгоградской области. Для реализации цели используются системный и комплексный подходы, метод анализа и синтеза информации.

Основные факторы, влияющие на развитие медицинского туризма в Волгоградской области: 1) современная и развитая туристическая инфраструктура; 2) политическая и социальная стабильность в стране; 3) государственные и частные инвестиции в здравоохранения; 4) наличие современных медицинских центров, обладающих международной аккредитацией по контролю качества оказываемых медицинских услуг; 5) возможность предоставлять медицинские услуги по более низким ценам по сравнению с другими странами; 6) наличие опытного медицинского персонала, подготовленного по международным стандартам, обладающего лингвистической и сервисной подготовкой; 7) успешное использование лучших практик и технологий современного уровня; 8) исторически подтвержденные инновации и технологические достижения в сфере здравоохранения; 9) обоснованная репутация по качеству оказания медицинских услуг; 10) облегченный визовый режим.

Для оценки текущего состояния развития медицинского туризма в Волгоградской области рассмотрим промежуточные результаты, которые были достигнуты в регионе за 2019–2020 гг. С начала 2019 года в программе «Развития экспорта медицинских услуг в Волгоградской области» в рамках национального проекта «Здравоохранение» участвует 20 медицинских учреждений. На базе Комитета здравоохранения Волгоградской области была создана межведомственная рабочая группа и ведомственный проектный офис по региональному проекту «Развитие экспорта медицинских услуг Волгоградской области». За прошедшие 2019–2020 гг. были достигнуты следующие промежуточные цели и показатели:

- пролеченных граждан за 2019 г. – более 1 тыс. человек, за 2020 г. – более 1,2 тыс. человек;

- начата сертификация ИСО учреждений-участников проекта. Половина учреждений-участников проекта получила сертификат системы менеджмента качества, основанной на требованиях международного стандарта ISO 9001:2015;

- создан официальный ютуб-канал по развитию экспорта медицинских услуг;
- на сайтах каждой медицинской организации созданы разделы «Медицинский туризм» для информирования иногородних и иностранных пациентов об услугах клиники;
- участники проекта зарегистрировали и продвигают услуги клиник через все доступные социальные сети. Наиболее активные участники проекта снимают и распространяют видео-отзывы пролеченных иностранных пациентов;
- персонал, отвечающий за развитие проекта, обучен по программам «Маркетинг», «Продажи»;
- определены ключевые услуги и ценовое предложение по услугам клиник, разработаны буклеты о медицинских услугах учреждений, выделены ключевые преимущества;
- привлечены к содействию представителями национальных общественных объединений, проведены совместные совещания, презентованы возможности клиник региона;
- Волгоградская делегация в рамках национального конгресса по экспорту медицинских услуг в рамках международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения» представила возможности региона;
- регион налаживает взаимодействие с другими странами. Волгоградская делегация в рамках визита в Узбекистан, взаимодействовала с представителями сферы здравоохранения Республики Узбекистан, частными медицинскими организациями и страховыми компаниями в Ташкенте и Ургенче.

Несмотря на расположение, Волгоград активный и перспективный регион с точки зрения развития проекта «Развитие экспорта медицинских услуг». В настоящее время в учреждениях здравоохранения Волгоградской области имеются возможности оказывать медицинские услуги высокого качества и с доступными ценами по следующим направлениям: кардиология, нейрохирургия, травматология, офтальмология, стоматология. Для решения поставленных задач необходимо решать проблемы с языковым барьером, уровнем знаний и технологическим обеспечением процессов в соответствии с международными стандартами. Планируется развитие в Волгоградской области инфраструктуры и сервисных услуг как в медицинских организациях, так и на всех этапах пребывания потребителя медицинской услуги.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Егоркина, А. В. Тенденции развития медицинского туризма [Текст] / А. В. Егоркина, А. С. Ямщиков // Молодой ученый. – 2019. – № 16 (254). – С. 47–49.
2. Марченко, О. Г. Мировой медицинский туризм смещается в страны АТР. Аналитический обзор. [Текст] / О. Г. Марченко // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 462.
3. Скворцов, А. В. Совершенствование механизма управления предпринимательскими структурами в сфере санаторно-курортных услуг (на материалах Волгоградской области) [Текст]: дис. ... к. э. н.: 08.00.05. / А. В. Скворцов. – Ставрополь, 2009. – 174 с.
4. Скворцова, А. В. Медицинский туризм как часть социальной медицины [Текст] / А. В. Скворцова, И. П. Скворцов // Здоровье и образование в двадцать первом веке. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 64–66.
5. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71937200/>

УДК 338.46

О ФОРМИРОВАНИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЦИФРОВОГО КОНТУРА РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Наталья Викторовна Бурова

профессор, д. э. н.

Санкт-Петербургский государственный экономический университет

Национальные системы здравоохранения и показатели общественного здоровья нации каждой страны выступают объектом государственного регулирования и конституциональных гарантий современного общества. Система российского здравоохранения организована в соответствии с 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с применением таких рычагов государственного управления, как приоритетный национальный проект «Здравоохранение», включающий в себя серию федеральных проектов (ФП), начатых к исполнению в 2019 году, среди которых:

- ФП «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»;
- ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями»;
- ФП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

- ФП «Развитие экспорта медицинских услуг»;
- ФП «Развитие детского здравоохранения»;
- ФП «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»;
- ФП «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»;
- ФП «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)».

Вопросам формирования и совершенствования последнего из вышеперечисленных федеральных проектов ПНП «Здравоохранение» посвящено данное сообщение.

Система статистических показателей (или ныне действующий цифровой контур), описывающих состояние и динамику процессов в системе российского здравоохранения, на основании которой формируется представление и принимаются управленческие решения на разных уровнях (муниципальном, региональном, федеральном), есть, в значительной степени, результат обобщения первичной статистической информации из формы № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи», представляемой с годичной периодичностью в рамках федерального статистического наблюдения Росстата. Сведения по данной форме представляют все юридические лица независимо от их ведомственной подчиненности и формы собственности, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности и оказывающие услуги по медицинской помощи. Сведения по данной форме не представляют микропредприятия и медицинские организации системы Министерства здравоохранения Российской Федерации. Последние отчитываются в Минздрав России.

Форма № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи», состоит из 9 разделов, содержащих информацию следующего характера:

- юридические лица, оказывающие услуги по медицинской помощи (где медицинское учреждение классифицируется согласно форме собственности и типу организаций);
- структурные подразделения (отделения, кабинеты) (перечисляются такие структурные подразделения в составе медицинского

учреждения, как поликлиника, детская поликлиника, женская консультация, зубопротезное отделение, наркологическое отделение, здравпункт и т. п.);

- деятельность амбулаторно-поликлинических (стационарно-поликлинических организаций (с указанием плановой мощности и числа фактических посещений пациентами врачей данной организации));
- деятельность коечного фонда (в разрезе круглосуточных, дневных и детских стационаров, в том числе с расшифровкой специализации по круглосуточным стационарам о числе поступивших за отчетный период пациентов по каждой категории);
- медицинские работники (врачи, с указанием медицинского профиля, средний медицинский персонал; с указанием общего количества врачей и медицинских работников и, в том числе, имеющих высшую и первую медицинскую категории);
- хирургическая работа медицинской организации (число проведенных операций);
- сведения о беременности с абортивным исходом;
- сведения о числе зарегистрированных заболеваний (всего и в разрезе по классам заболеваний, согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10), в том числе с выделением затронутых заболеваниями пациентов в возрасте от 0 до 17 лет, а из них детей до 1 года);
- ядерная медицина (общее число диагностических исследований, проведенных с использованием радиофармацевтических лекарственных препаратов).

Формируемая до настоящего времени система показателей общественного здоровья находит свое отражение в статистических сборниках Росстата, таких как «Российский статистический ежегодник», «Регионы России», «Социальное положение и уровень жизни населения России» и, наиболее подробно, в «Здравоохранении в России» (издается с 2001 года). В сборнике «Здравоохранение в России» приводятся показатели, характеризующие:

- демографические аспекты здоровья нации, к которым, в частности, относятся ожидаемая продолжительность жизни для лиц, достигших определенного возраста, возрастные коэффициенты рождаемости

и смертности, классификация умерших по классам причин смерти, в том числе умерших в трудоспособном возрасте, по полу и причине смерти, смертность детей от 0 до 14 лет, младенческая смертность (с указанием причины), материнская и перинатальная смертность;

- состояние здоровья населения страны (в динамике, за 5–10 последних лет), характеризующее такими показателями, как: заболеваемость населения (с подразделением по основным классам и группам болезней), заболеваемость городского и сельского населения, состояние здоровья женщин и детей в возрасте от 0 до 14 лет;

- сведения о ресурсах (материально-технической базе медицинских учреждений) и результатах деятельности организаций здравоохранения;

- характеристики занятости, оплаты труда в здравоохранении и подготовка кадров;

- основные экономические показатели здравоохранения. В сборнике обобщена таким образом информация из форм федерального статистического наблюдения юридических лиц и населения, выборочных обследований и данных министерств и ведомств РФ.

Согласно паспорту ФП «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ» сформированы цели и показатели, подтверждающие их достижение, на период до 31.12.2024. При этом на конец 2024 года ожидается 100-процентный охват медицинских учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения в части применения информационных систем медицинской помощи, организации взаимодействия с централизованными подсистемами государственной системы в сфере здравоохранения, а также обеспечения доступа гражданам к электронным медицинским документам в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг.

К концу 2022 года запланировано подключение всех медицинских организаций во всех 85 субъектах РФ к централизованной подсистеме государственной информационной системы в сфере здравоохранения «Телемедицинское консультирование» (и для врачей, и для пациентов). А к концу 2023 года – полный переход к оформлению назначений лекарственных препаратов через систему электронных рецептов.

Все запланированные цели, задачи и результаты в этом направлении должны быть обеспечены путем привлечения финансирования из федерального бюджета страны, консолидированных бюджетов субъектов РФ, без привлечения внебюджетных источников.

Создание единого цифрового контура в здравоохранении послужит достижению ряда целевых показателей национального проекта «Здравоохранение», а именно:

- снижению смертности трудоспособного населения;
- снижению смертности от болезней кровообращения;
- снижению смертности от новообразований;
- снижению младенческой смертности;
- укомплектованности врачебных должностей;
- высокому охвату граждан профилактическими медицинскими осмотрами;
- увеличению объема экспорта медицинских услуг.

Детализацию задач и планируемых к достижению результатов в разрезе по субъектам РФ см. подробнее: https://static-3.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/046/712/original/FP_Cifrovoy_kontur_zdravooxraneniya.pdf?1565344851.

Благодаря формированию цифрового контура здравоохранения (через создание ЕГИСЗ), будут обеспечены эффективная информационная поддержка процесса управления системой медицинской помощи и процесса оказания медицинской помощи, а также взаимодействие медицинских организаций. Вводится целый ряд новых инструментов, таких как федеральный регистр медицинских работников, федеральный регистр медицинских организаций, электронные медицинские документы, геоинформационная подсистема ЕГИСЗ, федеральная электронная регистратура, федеральная интегрированная электронная медицинская карта и многие другие.

Все вместе это позволит не только улучшить качество медицинской помощи путем повышения эффективности управления системой здравоохранения, повысить точность медицинской статистики, но и осуществить переход к цифровой медицине в целом.

УДК 334.7

ПАРТНЕРСТВО НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ольга Юрьевна Воронкова

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. **И. В. Аракелова***

Гепатит С – это болезнь печени, вызываемая вирусом гепатита С (ВГС), который провоцирует как острую, так и хроническую инфекцию. Острая инфекция ВГС обычно протекает без симптомов, примерно 15–45 % больных избавляются от вируса в течение 6 месяцев после заражения, не прибегая к лечению [1]. Хроническая инфекция развивается у 70 % больных [1], без эффективной терапии болезнь прогрессирует и приводит к развитию фиброза и цирроза печени

По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире 71 миллион человек страдают хроническим гепатитом С. Примерно 399 тысяч человек ежегодно умирают от гепатита С, большинство смертей вызвано циррозом и гепатоклеточной карциномой [1]. В России число людей, инфицированных вирусом гепатита С, может достигать 4,2 миллиона человек – это 2,9 % взрослого населения [2]. По разным оценкам, от одного до двух миллионов из них нуждаются в незамедлительном начале терапии. В настоящее время Россия занимает пятое место в мире по числу заболевших. В 2018 году, по данным Роспотребнадзора, в Российской Федерации официально было зарегистрировано 48 тыс. человек с диагнозом ХГС [3]. Эксперты считают, что 45–65 % людей, живущих с ВИЧ, инфицированы ХГС.

Несмотря на масштабы распространения заболевания, охват пациентов лекарственной терапией в нашей стране составляет всего около 2–5 % [4], поэтому обеспечение доступности российским пациентам инновационной безинтерфероновой терапии является приоритетной задачей.

Стандартом лечения ранее была комбинация интерферона с рибавирином – противовирусных препаратов, не специфичных к вирусу гепатита С. Побочных эффектов такой терапии много, включая постоянные

усталость и слабость, гриппоподобные симптомы, проблемы с пищеварением и со сном. Могут появиться сильная аллергическая реакция и аутоиммунные заболевания, серьезные нарушения работы сердечно-сосудистой (включая инсульт) и пищеварительной систем, щитовидной железы, легких и печени вплоть до печеночной недостаточности и смерти пациента.

Эффективность лечения тоже оставляла желать лучшего – излечивались менее половины пациентов.

Выпуск пегилированных интерферонов («Пегинтрон», «Пегасис»), период полувыведения которых значительно больше, чем у интерферонов, повысил эффективность интерферонового лечения до 60–87 %, но этого все равно было недостаточно, чтобы побороть гепатит С. Но наибольшим недостатком интерфероновой терапии стал даже не высокий риск рецидива гепатита С, а частота возникновения побочных эффектов.

Пришедшие на смену интерферонам и пегинтерферонам противовирусные препараты прямого действия («Телапревир» и «Боцепревир») также не оправдали возложенных на них ожиданий: побочные действия превышали их противовирусный эффект. «Телапревир» и «Боцепревир» сняли с производства, а в продаже остался только один из первых прямых «противовирусников» – «Симепревир» («Олисио», «Совриад»), который оказался менее опасным для здоровья больного.

Прорыв в лечении гепатита С произошел в конце 2013-го года с появлением на рынке новой группы лекарств – противовирусных препаратов прямого действия, эффективность которых может достигать 100 %. Кроме того, их переносимость гораздо лучше, а срок терапии занимает всего 8–12 недель.

В отличие от прежней неспецифической терапии, противовирусные препараты прямого действия блокируют функциональность вирусных белков и размножение вируса в организме человека. «Совальди» стал первым препаратом, который полностью блокирует деятельность ключевого вирусного белка (NS5B), необходимого для репликации вируса. Данный белок отсутствует в организме человека, поэтому считается, что лечение с помощью «Совальди» редко вызывает побочные эффекты.

«Совальди» устраивает пациентов практически всем, кроме цены. Упаковка оригинального «Совальди» в США, например, стоит около

27 тысяч долларов, в Израиле – 22 тысячи, в Германии – 17 тысяч. По этой причине правительства некоторых стран (Великобритании, Франции), которые хотели решить проблему с гепатитом С на национальном уровне, стали отказываться от включения препарата в государственные программы по борьбе с гепатитом С. В ответ на претензии производитель «Совальди» доказывал, что высокая цена средства вполне обоснована. Компания Gilead утверждала, что на этапах разработки лекарства и внедрения его в клиническую практику она понесла колоссальные расходы, которые теперь нужно окупить.

Оправдана ли цена «Совальди»? С точки зрения госуправления, цена новой терапии обосновывается не только клинической ценностью и преимуществами над текущими стандартами лечения, но и снижением общих расходов системы здравоохранения. До появления «Совальди» препараты стоимостью \$50 тыс. вылечивали одного из трех носителей вируса, то есть стоимость излечения составляла порядка \$150 тыс. «Совальди» при цене в \$84 тыс. излечивает до 100 % пациентов, и, следовательно, стоимость излечения гораздо ниже.

Кроме того, лечение последствий гепатита С обходится дороже, чем лечение самого заболевания. Так, например, в США только на операцию по пересадке печени тратится около \$200 тыс. К этому нужно добавить не прямые расходы – средства, которые человек не смог заработать из-за госпитализации, потери работы вследствие острой или хронической инфекции и преждевременной смерти. Такие косвенные финансовые потери даже выше, чем прямые. Не стоит также забывать о том, что носители вируса способствуют появлению новых случаев заражения и распространению заболевания.

Но, несмотря на все оправдания, компания Gilead все же вынуждена была уступить мировой медицинской общественности, но довольно оригинальным способом. Она выдала лицензии на право выпуска лекарств-аналогов (дженериков) нескольким крупным фармацевтическим компаниям в Индии или Египте. Этот шаг удешевил стоимость софосбувира на мировом рынке медикаментов, но все равно не сделал его доступным для всех.

Дело в том, что при выдаче своих лицензий Gilead выдвинула компаниям-производителям дженериков «Совальди» условия, согласно которым они имеют право их реализовывать только в 91 стране. Список

таких стран является неотъемлемым дополнением к лицензии. Россия в перечень этих стран не вошла, поэтому купить дженерики в российской аптечной сети невозможно.

Удачное применение софосбувира в качестве противовирусного средства стало основанием для продолжения научных изысканий с области создания аналогов. Препарат «Даклинза» содержит даклатасвир, который также подавляет активность вируса и позволяет снизить дозировку дополнительных средств лечения гепатита С. «Сунвепра» на основе асунапревира является аналогом, но оказывает менее выраженный лечебный эффект. Разработанные и запатентованные схемы консервативной терапии подразумевают, что применять вышеуказанные средства следует в сочетании с Рибавирином и медикаментами из группы интерферонов. При этом для некоторых разновидностей вируса гепатита наиболее эффективным оказывается сочетание «Даклинзы» и «Сунвепры». Одним из самых важных полезных свойств противовирусных препаратов прямого действия врачи считают уменьшение лекарственной нагрузки и сокращение сроков лечения гепатита. Оба препарата прошли регистрацию в Российской Федерации, входят в перечень социально значимых средств лечения гепатита С, но в большинстве случаев реализуются через сеть коммерческих аптек. Стоимость их остается высокой, поэтому для прохождения полного курса терапии потребуется осуществить весомые финансовые траты.

Регистрация софосбувира Sovaldi в России.

В России препарат «Совальди» (софосбувир) появился в апреле 2016 года, когда был официально зарегистрирован и внесен в Регистр лекарственных средств России (РЛС). На данный момент одна упаковка стоит 126 000 рублей. Соответственно, стоимость курса лечения препаратом Совальди® (3 упаковки, расчет стоимости курса лечения приведен из расчета длительности курса 12 недель) составит 223 500 рублей без учета необходимых сопутствующих медикаментов (для эффективной терапии требуется комбинация как минимум двух препаратов).

Фармстандарт – одна из лидирующих российских фармацевтических компаний, которая разрабатывает и производит высококачественную, доступную и инновационную фармацевтическую продукцию

для удовлетворения потребностей пациентов и российской системы здравоохранения. Производственные площадки соответствуют стандартам GMP и сертифицированы российскими и европейскими регуляторными органами.

Фармстандарт является одним из ведущих субъектов рынка в области локализации в России производства инновационных лекарственных препаратов в рамках партнерских соглашений с международными фармацевтическими компаниями.

В августе 2018 года компании Gilead и Фармстандарт заключили первое соглашение, в рамках которого на заводе «Фармстандарт-Лексредства» был локализован этап вторичной упаковки препаратов Совальди® для лечения хронического гепатита С и Трувада® для лечения ВИЧ.

В августе 2019 года фармацевтическая компания Gilead Sciences и Фармстандарт объявили о расширении партнерства в области локализации препаратов для лечения социально значимых заболеваний в России. Стороны подписали соответствующий протокол о намерениях, предполагающий локализацию производства на мощностях компании Фармстандарт готовой лекарственной формы препаратов для лечения гепатита С (совальди, эпклюза) и ВИЧ (биктарви, находится в процессе регистрации в РФ). Протокол также предполагает начало процесса локализации препарата «Генвоя» для лечения ВИЧ-инфекции и препаратов «Вемлиди» и «Гарвони» (находится в процессе регистрации в РФ) для терапии гепатита В и С соответственно.

В соответствии с договоренностью между партнерами в ближайшие 2 года на производственных площадях компании Фармстандарт планируется наладить выпуск готовой лекарственной формы совальди, эпклюза и биктарви. Также в ближайшее время на площадке современного завода «Фармстандарт-Лексредства» в Курске будет запущена вторичная упаковка препаратов «Генвоя», «Вемлиди» и «Гарвони».

В феврале 2020 Компании приняли решение снизить предельную отпускную цену на 40 %, стоимость одной упаковки после перерегистрации составит 74 500 рублей (без учета НДС и региональных надбавок).

В октябре 2019 года АО «Фармстандарт» и Bristol-Myers Squibb (BMS) подписали соглашения о передаче компании Фармстандарт

прав на производство, продажу и дистрибуцию на территории России и стран ЕАЭС лекарственного препарата «Даклинза» (МНН Даклатасвир). Согласно заключенным соглашениям BMS передаст Фармстандарту регистрационное удостоверение на препарат «Даклинза» и права на интеллектуальную собственность с возможностью использовать товарный знак «Даклинза» и логотип BMS в течение ограниченного периода времени, установленного подписанным лицензионным соглашением BMS.

В марте 2020 года АО «Фармстандарт» объявляет о снижении предельной отпускной цены на лекарственный препарат Даклинза® (даклатасвир), таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 60 мг. Записи о снижении цены внесены в Государственный реестр предельных отпускных цен производителей.

До снижения предельная отпускная цена за упаковку препарата Даклинза® 60 мг в нашей стране составляла 67 946,67 рублей (без НДС и учета региональных надбавок). После перерегистрации цена снизилась на 41 % – до 40 000 рублей за упаковку. Таким образом, стоимость 12-недельного курса Даклинза® составит 120 000 рублей.

К 2021 г., когда ожидается завершение технологического трансфера, полностью локализованный препарат будет выпускаться на площадке ОАО «Фармстандарт-Лексредства» под новым торговым наименованием. До этого момента Фармстандарт будет поставлять на российский рынок препарат «Даклинза», произведенный компанией BMS, сохраняя, таким образом, доступность терапии для пациентов. И уже в середине 2020 года зарегистрирован товарный знак «Даклализар». Именно так будет называться производимый ОАО «Фармстандарт-Лексредства» препарат для терапии гепатита С (МНН даклатасвир). Регистрация товарного знака и дальнейший выпуск препарата под новым торговым наименованием – большое событие не только для компании Фармстандарт, но и для российских пациентов, системы здравоохранения и врачей. Признанный во всем мире препарат для лечения гепатита С будет принадлежать российской компании и производиться на ее мощностях.

Даклализар – новое имя оригинального даклатасвира.

В рамках обзора использован контент-анализ интернет-источников информации о партнерстве лидера отечественного фармацевтического

рынка АО «Фармстандарт» с другими субъектами обращения лекарственных препаратов и государственным регулятором.

Сотрудничество АО «Фармстандарт» с компанией Gilead в первую очередь имеет большое социальное значение. Совместными усилиями компании стремятся помочь пациентам и медицинскому сообществу в решении актуальных проблем, связанных с терапией ВИЧ-инфекции, гепатита В и С в РФ. Проект соответствует государственным приоритетам в области развития локальной фармацевтической отрасли и стратегически важен для всего российского фармацевтического рынка. Компания Фармстандарт создает возможность продвинуться в борьбе с социально значимыми инфекционными заболеваниями и обеспечивает доступ к использованию инновационной безинтерфероновой терапии у как можно большего числа людей, живущих с вирусом гепатита С в РФ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень: Гепатит С, июль 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
2. Чуланов, В. П. Хронический гепатит С как проблема здравоохранения России сегодня и завтра [Электронный ресурс] / Чуланов В. П., Пименов Н. Н., Мамонова Н. А., Сагалова О. И., Шестакова И. В., Покровский В. И. // Терапевтический архив (архив до 2018 г.). – 2015. – № 87 (11). – Р. 5–10. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/terarkh201587115-10>
3. Данные Роспотребнадзора за 2018 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=12053
4. Чуланов, В. П. Эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами. Система мониторинга за вирусными гепатитами в Российской Федерации 2011–2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://en.ppt-online.org/566364>
5. Аракелова, И. В. Партнерские программы лояльности: сущность, содержание, типы [Электронный ресурс] / И. В. Аракелова // Казанский экономический вестник. – 2013. – № 4. – С. 13–17. – Режим доступа: <http://arakelova.pro/> %d0 %bf %d1 %83 %d0 %b1 %d0 %bb %d0 %b8 %d0 %ba %d0 %b0 %d1 %86 %d0 %b8 %d0 %b8/

УДК 316.14

ОЦЕНКА ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Артур Вагинакович Григорян

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент Е. Н. Кукина*

В настоящее время в обществе происходят определенные изменения в структуре населения, которые исключают возможность однообразного подхода к организации предоставления медицинских услуг [1].

Внутрирегиональные различия в социально-экономической и демографической структуре населения, характерные для России, способны оказывать свое существенное влияние на потребление медицинских услуг. Вместе с тем на межрегиональную дифференциацию оказывают свое влияние внутрирегиональные различия, которые возникают между большими городами и сельской местностью. При этом большое значение имеет сбор достоверной информации, касающейся потребительского поведения на рынке медицинских услуг в регионе различных групп населения [2].

В настоящее время рынок медицинских услуг активно развивается, усиливается дифференциация рынка медицинских услуг, при этом применяемые технологии становятся более сложными, что затрудняет выбор потребителя.

На данном основании можно утверждать, что анализ факторов потребительского поведения, а также их точный учет в процессе разработки системы продаж позволяет повысить удовлетворенность требований со стороны потребителей и помогает сделать их выбор более осознанным.

Задача поставщиков услуг на высоко конкурентном рынке медицинских услуг состоит в привлечении новых клиентов, в повышении лояльности имеющихся потребителей. Данная задача может быть решена посредством оказания воздействия на ряд факторов, которые определяют потребительское поведение [3].

Поведение потребителей является достаточно широким понятием и включает в себя как процесс приобретения услуги, так и поведение потребителей до ее приобретения и после него.

Изучая поведение потребителей до пользования медицинской услугой, маркетологи, занимающиеся изучением соответствующего рынка, в частности изучают те причины, которые могут оказать свое влияние на решение покупателя приобрести медицинскую услугу либо отказаться от нее.

Помимо прочего, на результат совершения выбора покупателя способны оказать свое влияние семья, а также группа, которая для индивида является определенным стандартом (так называемая референтная группа).

При покупке маркетологи изучают реакцию потребителей, а в частности то, каким образом потребитель будет совершать покупку. Анализируя поведение потребителей после совершения ими покупки, маркетологи изучают степень удовлетворенности потребителя приобретенной медицинской услугой, а также вероятность совершения повторной покупки и иные процессы [4].

Анализ потребителя представляет собой систему методов, которые предназначены с целью изучения существующих и прогнозирования будущих потребностей, методов для изучения запросов и предпочтений потенциальных потребителей, методов, необходимых для выявления факторов, которые оказывают свое влияние на изменения запросов и предпочтений клиентов, на поведение потребителей на рынке медицинских услуг, а также методов, нужных для установления причин неудовлетворенных потребностей клиентов [5].

Следует отметить, что на рынке медицинских услуг на потребительское поведение оказывают свое влияние те факторы, которые нарушают действия рыночного механизма: во-первых, объем и виды медицинских услуг определяются не заказчиком, а исполнителем (либо его посредником), во-вторых, трудность оценки объема предоставляемых услуг и их качества, а, в-третьих, высокая социальная ориентированность медицинских услуг.

Все указанное неизбежно оказывает свое влияние на потребительское поведение на рынке медицинских услуг. В целом, поведение потребителей на рынке медицинских услуг заключается в рациональных действиях: выборе поставщика услуг; определении вида и объема услуг; месте потребления услуг; оценке качества исполнения услуг.

В процессе разработки программ реализации товаров и услуг на рынке медицинских услуг производители должны принимать во внимание специфику влияния разных факторов поведения потребителей.

Учет необходимых факторов не только дает возможность разрабатывать эффективные системы продаж, но также наиболее полно и качественно удовлетворить потребности собственных клиентов.

Для того чтобы наладить активное взаимодействие с потребителями, медицинским организациям необходимо изменить собственное представление о клиентах (в частности их следует представлять партнерами по управлению системой здравоохранения). В связи с этим медицинские организации должны сформировать новые либо развить уже имеющиеся навыки в таких сферах, как анализ потребительских предпочтений, управление взаимоотношениями с клиентами, а также поведенческая экономика и социальный маркетинг.

Возможно, что для изменения моделей потребительского поведения им также придется организовать сотрудничество с другими заинтересованными лицами, в том числе с поставщиками медицинских услуг, с органами местного самоуправления, а также с фармацевтическими компаниями и некоммерческими организациями [6].

Анализ поведения потребителей позволяет добиться большей персонализации. Таким образом, обладая данной информацией, можно объединять свои коммерческие инвестиции, в частности промоакции и контент, интернет-торговлю и рекламу, с целью предоставления потребителю опыта, который учитывает конкретные условия для совершения покупки.

Заниматься изучением поведения потребителей рекомендуется в динамике за последние несколько лет либо за другой временной отрезок, так как это дает более полную картину и вместе с тем позволяет более точно определить, насколько сильно развита медицина в целом, а также определить те факторы, которые оказывают свое влияние на спрос.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мазилкина, Е. М. Поведение потребителей: Шпаргалка [Текст] / Мазилкина Е. М. – Ижевск: Окей-книга, 2009. – 32 с.
2. Полянская, Е. В. Особенности потребительского поведения на рынке медицинских услуг в регионе [Текст] / Полянская Е. В. // Российское предпринимательство. – 2009. – Т. 10, № 9. – С. 159–164.

3. Котлер, Ф. Основы маркетинга. Краткий курс [Текст] / Котлер Ф. – М.: Издательский дом Вильяме, 2007. – 656 с.
4. Жукова, М. В. Системный анализ механизмов развития медицинского страхования в рамках социально-экономической модели здравоохранения [Текст] / М. В. Жукова, Н. Н. Макарова. – Тула: Издательство ТулГУ, 2011. – 183 с.
5. Сандиату Диксон-Файл, Томас Коваллик. Рациональный подход к потреблению медицинских услуг // The McKinsey Quarterly [Электронный ресурс]. – Режим доступа: vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/racionalnyh-j-podkhod-k-potrebleniyu-meditsinskikh-uslug/Print (дата обращения: 14.09.2020).
6. Хруцкий, В. Е. Современный маркетинг [Текст] : Учебное пособие / Хруцкий В. Е., Корнеева И. В. – М.: Финансы и статистика, 2014. – 326 с.

УДК 330.342

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

Олеся Сергеевна Карева

студент

Анастасия Андреевна Рапинина

студентка

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. И. В. Аракелова*

Современный этап социально-экономического развития страны определяет возрастающую роль человеческого капитала как основного фактора экономического роста, который предъявляет особые требования к сектору здравоохранения, в том числе повышая удовлетворенность населения услугами здравоохранения. В то же время кризисные явления в мировой и отечественной экономике, характеризующиеся дефицитом государственного финансирования, падением уровня жизни населения, не могли не затронуть систему здравоохранения. В связи с ограниченностью ресурсов особое значение приобретают проблемы повышения эффективности функционирования здравоохранения, доступности и качества основных видов медицинской помощи. Успешному решению этих проблем во многом способствует создание эффективного маркетингового механизма в сфере здравоохранения,

В данной статье рассмотрены методологические подходы к решению этого вопроса.

Цель: Определить сущность маркетинга фармацевтических и медицинских услуг, и состояние развития в современных условиях экономики (в РФ).

Задачи:

1) Выявить содержания маркетинг и фармацевтических услуг, их особенностей

2) Проанализировать современное состояние развития цифрового маркетинга в представленных отраслях (социальнын сети, баннеры).

Рассматриваемая цель достигается посредством решения следующих задач:

1) изучение потребностей населения в лекарственных препаратах и услугах фармацевтической помощи;

2) разработка программ, направленных на полное, своевременное удовлетворение этих потребностей.

Необходимо отметить, что выделяют два системообразующих направления маркетинговой деятельности в фармацевтике:

1. Ориентирование производства на удовлетворение потребностей населения.

2. Формирование и стимулирование спроса.

В целом медицинские услуги – социально-значимая сфера, которая подкреплена правилами и законами, определяющими пациенто-центричную (клиентоцентричную) модель управления организацией. Большая часть регламентирована на законодательном уровне в федеральных законах: «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» [3], «О рекламе» [4].

Для изучения маркетинга фармацевтической компании можно применять базовую модель 4P. Модель включает все необходимые параметры продукта, которые может контролировать и развивать маркетолог для результативного продвижения товара на рынке. [2] Для медицинских услуг чаще всего используют модель 7P.

Это был пример классической модели, но технологии не стоят на месте поэтому мы рассмотрим новые информационные технологии и применение инструментов и методов цифрового маркетинга. К примеру: телемедицина, возможность дистанционной записи на прием к врачу,

использование SEO и SMM-инструментов в продвижении на рынке медицинских услуг. Возможно создание аккаунтов медицинского учреждения в социальных сетях, которыми пользуется целевая аудитория: Instagram, Facebook, позволяет ускорить путь прохождения от потенциального пациента к лояльному в один клик. Конечно, для этого нужен специалист [1].

Сделав вывод из выше сказанного, отметим, что в цифровой маркетинг медицинских и фармацевтических услуг будет становиться все более актуальным. Потому что формируются важные направления: использование Интернет-ресурсов по различным каналам (цифровая коммуникация), а также проблема формирования положительного клиентского опыта и этического взаимодействия между пациентом и медицинской организацией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аракелова И.В., Брамник И.В. Новые аспекты маркетинга медицинских услуг // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». 2019 г., С. 318-321.
2. Карева О.С. «Совершенствование маркетинга в системе бизнес-планирования медицинской организации на основе комплекса 4P» // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». 2019 г.
3. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o>
4. Федеральный закон РФ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе». [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/

УДК 338.012

ЭВОЛЮЦИЯ МОДЕЛЕЙ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В РОССИИ

Александра Александровна Новолокина

магистрант

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. И. В. Аракелова*

Здоровая нация – развитое, сильное государство. Этому придавалось огромное значение в период становления молодой советской республики РСФСР. Так, 11.07.1918 г. был учрежден Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, который возглавил Н. А. Семашко. Николай Семашко положил в основу предложенной им системы здравоохранения несколько идей:

- единые принципы организации и централизация системы здравоохранения;
- равная доступность здравоохранения для всех граждан;
- первоочередное внимание детству и материнству;
- единство профилактики и лечения;
- ликвидация социальных основ болезней;
- привлечение общественности к делу здравоохранения.

Таким образом, была выстроена стройная система медицинских учреждений, которая позволила обеспечить единые принципы организации здравоохранения для всего населения, от далеких аулов до столичных городов: фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) – участковая поликлиника – областная больница – районная больница – специализированные институты [1]. Еще одной важной реформой стала профилактика заболеваний, а также устранение изначальных причин их возникновения, притом как медицинских, так и социальных. Профилактика понималась Семашко и в узком, и в широком смысле. В узком – как санитарные мероприятия, в широком – как оздоровление, предупреждение и профилактика болезней. Задача каждого врача и всей системы медицинских учреждений, как считал Семашко, состояла не только в том, чтобы вылечить, но чтобы предупредить болезнь, которая рассматривалась как следствие неблагоприятных социальных

условий и неправильного образа жизни. Важной мерой профилактики, по мнению Николая Семашко, была вакцинация, которая впервые приняла общенародный характер и помогла изживанию многих заразных болезней, а также санитарно-гигиеническая пропаганда, которой уделялось огромное внимание как одному из средств предупреждения эпидемий, и формирование здорового образа жизни.

В тяжелые годы Великой Отечественной войны здравоохранение переживало трудное время. Однако после такой разрушительной войны уже к 1950 году экономика в стране была восстановлена. И вновь развитию здравоохранения в государстве придавалось огромное значение, а значит и достаточному финансированию этой отрасли. Так, к 1965 году за 4 послевоенные пятилетки финансирование подошло к рекордной цифре – 6,5 % ВВП. Предполагались преимущественное развитие так называемых первичных звеньев – амбулаторно-поликлинических учреждений, строительство крупных многопрофильных больниц и увеличение мощности существующих центральных районных больниц со всеми видами специализированной помощи. Несмотря на все достижения, к концу 1970-х гг. советская медицина переживала период распада из-за недостаточного финансирования и незавершенности определенных государственных программ по здравоохранению. Эксперимент по усилению экономической самостоятельности органов и учреждений здравоохранения – это уже отход от традиционной советской системы здравоохранения, от ее чисто бюджетного варианта и полностью государственного регулирования. Финансирование здравоохранения стало осуществляться по остаточному принципу. В 1991 г. 28 июня был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (обязательное медицинское страхование – ОМС). Основными целями закона были социальная защита и гарантированный равный доступ к медицинской помощи. Этот вариант закона предполагал достижение целей путем привлечения дополнительного, не зависящего от бюджета источника финансирования, и изменений схемы финансирования здравоохранения. ОМС пришел на смену советского Нового Хозяйственного механизма [2].

В настоящее время считается, что более совершенной формой является коллективный подряд. Договор заключается между органом здравоохранения, который передает ассигнования учреждению

здравоохранения и представляет ему самостоятельность в решении всех хозяйственных вопросов, и лечебно-профилактическим учреждением. Наиболее высокой формой организации и оплаты труда является арендный подряд. Коллектив учреждения заключает договор с органом управления здравоохранения на аренду основных фондов и приобретает полную самостоятельность в их использовании. При этом коллектив обязуется обеспечивать бесплатной и качественной медицинской помощью население, проживающее в зоне обслуживания [1]. По мнению автора, эта форма работы способно в целом улучшить положение дел в здравоохранении, и в частности для оказания качественной и неотложной помощи пациентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ольховский, А. Б. Здравоохранение России [Электронный ресурс] : двадцать лет реформ, которых не было / А. Ольховский, С. Тихонов. – СПб. : Нестор-История, 2010. – 288. – Режим доступа: <https://gadovnet.livejournal.com/47314.html>
2. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1999 г.» [Электронный ресурс]. Министерство здравоохранения РФ и Российская Академия медицинских наук. Москва, 2000. – Режим доступа: https://lawrussia.ru/bigtexts/law_1255/index.htm

УДК 33.330.3

РОССИЙСКАЯ СТРАТЕГИЯ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Светлана Сергеевна Носова

д. э. н., профессор

Национальный исследовательский ядерный университет МИФИ

Сегодня весь мир охвачен пандемией под названием COVID-19. Пандемия – это угроза экономической безопасности каждой страны в отдельности и всего мира. Если нам известны угрозы локальные, то есть на определенной территории, то сейчас это вселенская угроза. Вся планета под угрозой разрушения сложившихся социально-экономических отношений. Что делать? Есть ли выход из такого состояния? Если посмотреть на проблему пандемии с позиции экономического развития, то однозначно она его разрушает. Президент РФ

Владимир Путин 12.02.2020 г. заявил, что России «нужно всеми силами добиваться увеличения инвестиций в национальную экономику», причем в качестве минимальной отметки глава государства «назвал 5 % роста инвестиций в год, а оптимальным диапазоном – 5–7 % роста инвестиций в год, что должно позволить российскому ВВП расти темпами выше среднемировых, а это означает где-то 4 % роста в год» [1].

Однако таких темпов роста на 25.11.2029 нет. Согласно статистике темпы роста ВВП в России отсутствуют: во 2 кв. 2020 г. они составили 3,2 % [2]. Россия по номинальному ВВП не попадает даже в десятку самых больших экономик. Россия занимает 11-е место. По ВВП по паритету покупательной способности Россия входит в пятерку крупнейших экономик мира и находится на первом месте в Европе. Высокие цены – большой объем ВВП, значит большая экономика.

Место России в системе глобальной экономики в условиях пандемии COVID-19. Пандемия молниеносно ломает сложившиеся условия жизни. Она делает то, на что в условиях обычной жизни требуются годы. Например, дистанционное образование. Одной директивой: переходим на дистанционное образование. В принудительном порядке. В любое другое время этот вопрос обсуждался бы. А в условиях пандемии ничего не обсуждается. Как известно, насилие – это повивальная бабка прогресса. Так в чем же прогресс в период пандемии? Прогресс заключается в переходе от традиционной экономики к цифровой, причем акселеративными темпами. Это может укрепить экономическую безопасность. Считается, что без пандемии человечество вряд ли смогло сделать цифровой прорыв в человеческой жизни.

При этом обостряется социальное расслоение, безмерно растут киберугрозы, которые стремительно ведут человечество к крупным явлениям, таким как разрыв в темпах протекания взаимосвязанных процессов, таким как спрос и предложение, производство и потребление, сбережение и инвестирование, что обуславливает турбулентное (неустойчивое) состояние экономической системы [3].

Ясно одно, что преодоление пандемии требует усиления глобальной экономической интеграции для совместных усилий для устранения ее негативных последствий.

После наметившегося отказа от глобализации государства приходят к выводу, что борьба с мировыми угрозами все-таки требует международного сотрудничества. Будут разработаны интернациональные

нормы, системы мониторинга и отчетности, а также скоординированные планы реагирования на чрезвычайные ситуации. Глобальные ответные меры позволят спасти больше жизней, при этом минимизировав угрозы для экономической безопасности.

Что должна сделать Россия, чтобы сохранить и приумножить экономическое развитие в условиях пандемии? Исторический опыт показывает, что у России должен быть свой уникальный путь развития, своя модель развития. Китайская модель может быть воспринята как наиболее экономически эффективная с точки зрения снижения рисков в социальном развитии страны в XXI в. Можно усовершенствовать китайскую модель. В то же время, несмотря на некоторые негативные аспекты, использовать стратегию развития западноевропейской и американской моделей. Таким образом, создать синергетическую модель, которая будет сочетать в себе как либеральные, так и социалистические принципы развития, а главное те формы, которые наше государство уже носило. Именно, такая модель может вывести Россию на новый уровень развития в среде пандемии. В этой связи в РФ идет разработка новой стратегии развития экономики нового поколения, включающая вопросы глобализации, а также создания и внедрения отечественных цифровых технологий (ЦТ), новых способов управления на макро-, мезо- и микроуровнях.

Прежде всего, России необходимо развивать собственную цифровую индустрию. В противном случае российская экономика может быть полностью оккупирована зарубежными цифровыми продуктами. Оговорюсь, она уже оккупирована. В связи с этим, учитывая опыт мировой экономики, в России в целом должен сформироваться цифровой сектор.

Нужно разработать и утвердить конкретную стратегию создания так называемого цифрового сектора, реализация которого должна базироваться на российских компаниях, научно-исследовательских и инжиниринговых центрах страны.

Важно знать, что в условиях COVID-19, обусловленных ограничениями на предпринимательскую деятельность, а также на свободное передвижение людей, требуются принципиально новые системы и методы быстрого реагирования на изменения в координации действий между странами. Экономические преимущества получат те страны и хозяйствующие субъекты, которые имеют как доступ к большим данным, так и эффективные технологии их обработки.

Когда мы говорим о ЦЭ, то речь идет не о цифрах как таковых, а о новых технологиях, которые трансформируют экономику за счет использования цифрового представления информации. ЦЭ требует изменений в людях, машинах и бизнес-процессах со всеми вытекающими отсюда последствиями. Это также требует постоянного контроля и вмешательства государства.

Сегодня в мире происходят глобальные изменения в режиме цифровой трансформации с соответствующими последствиями в экономической, социальной и административной областях. Реальный мир обновляется за счет цифровых технологий (ЦТ). Он становится все более интеллектуальным. Актуальность проблем, связанных с внедрением ЦТ и на их основе формирования новаторской цифровой экономики (digital economy), привлекла закономерный интерес политиков и ученых. Наступила эпоха широкомасштабного использования цифровых технологий. Теперь цифровые технологии – это новый ресурс, а для России – это новая нефть, чья ценность с каждым днем лишь нарастает.

Сегодня есть все основания утверждать, что цифровые технологии становятся ключевым фактором экономического роста компаний. Российская экономика на данном этапе должна сокращать свое отставание по уровню развития цифровых технологий от развитых стран мира путем роста качества рабочей силы, ускоренного наращивания материального научно-исследовательского потенциала, создания наиболее благоприятных условий для изобретательской деятельности, широкого участия в международном инновационном разделении труда.

Для максимизации эффектов от цифрового бизнеса необходимо участие правительства. Перед лидерами и правительствами стран встает задача создания благоприятной среды для цифровых компаний, занимающихся разработкой НИОКР в режиме цифровых технологий, особенно искусственного интеллекта. Цифровую трансформацию остановить нельзя. Сегодня цифровая трансформация должна взять на себя миссию ядра в сценарии выхода российской экономики на уровень, соответствующий статусу ведущей мировой державы XXI века. Встроенные в воспроизводственный процесс комплексные ЦТ дают возможность компаниям добиваться получения большей выгоды при меньших затратах, выявлять и анализировать ценные сведения, планировать стратегии, прогнозировать результаты и сотрудничать в рамках общего опыта.

Формирование бизнес-моделей в режиме цифровизации экономики красноречиво свидетельствует о начале нового этапа в проявлении глобальных рыночных отношений, которые вызывают новые тренды в системе социально-экономического развития всех стран мира. Теоретико-методологический и эмпирический анализы развития цифровых бизнес-моделей, которые не только определяют вектор и динамику развития цифровой экономики, но и ведут активную политику по захвату мировых рынков, создавая угрозу для суверенитета других государств, становятся чрезвычайно актуальными особенно сегодня, когда мир оказался в оккупации коронавируса COVID-19. Сейчас в России и других странах возникает необходимость своевременного принятия разумных и обоснованных решений, к которым можно отнести следующие: 1) на основе фундаментальной классической экономической теории необходимо сохранить воспроизводственную цепочку, в которой взаимодействуют производство – распределение – обмен – потребление; 2) определять цифровизацию бизнеса с позиции фактора роста инновационности, конкурентоспособности, концентрации производства и пространственного развития, в частности российской экономики, что в конечном итоге способствует созданию новой технологической базы для преодоления турбулентности и решения задач координации действий в условиях пандемии в глобальном масштабе; 3) на основе формирования цифровых бизнес-моделей разработать механизмы реализации стратегии решения практических задач по формированию престижа отечественного предпринимательства и государства в целом, несмотря на COVID-19.

Цифровой бизнес в России создает новую основу для решения практических задач, связанных с ростом инноваций и повышением конкурентоспособности экономики за счет использования искусственного интеллекта.

Искусственный интеллект – это драйвер роста цифрового бизнеса российских компаний. Искусственный интеллект (ИИ) пока еще находится в стадии младенчества, но уже используется в ряде областей: от медицины и сельского хозяйства до дорожного движения, создания систем для «умного дома» и автоматического перевода. Крайне важно подчеркнуть, что развитие цифрового бизнеса, источником которого являются ценности интеллектуального капитала. Правильно сказано,

что акцентом современной политики России должен стать процесс производства ИИ, для чего у России есть все предпосылки. На всех уровнях экономического мышления необходимо понимать, что ИИ является фактором мощного экономического прорыва российской экономики. Таким образом, сейчас необходимо ставить и решать масштабные задачи в области развития науки и образования, от которых действительно зависит создание ИИ. Это трудно, но необходимо. В настоящее время необходимо активно переходить к разработке автоматизированных технических систем. В этом году на выставке CES 2020 были представлены около 150 экспонатов, которые включали в себя технологии для нормализации сна, технологии для наблюдения за здоровьем ребенка, мамы и др. Благодаря развитию способностей ИИ и сети 5G в 2020 году начнется переход от «симптомов на основе телемедицины к фактическим данным», а врачи получат широкий доступ к видео в реальном времени и подобным данным, облегчающим наблюдение за состоянием пациента.

Учитывая сложную экономическую ситуацию в России, IT-технологии помогают двигаться вперед. Побочный эффект этих технологий – лишение работы для множества людей. Но в то же время появятся новые рабочие места. Для того чтобы получить эффект от внедрения ИИ, необходимо умело реализовать Национальную стратегию развития искусственного интеллекта на основе консенсуса со странами-партнерами и международными ассоциациями.

Данная работа поддерживается программой повышения конкурентоспособности НИЯУ МИФИ (контракт № 02.A03.21.0005, 27.08.2013).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Путин назвал главные задачи властей в экономике [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/economics/12/02/2020/5e43da739a7947b2ccfe4e8f>
2. Основные показатели экономики России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://take-profit.org/statistics/countries/russia>
3. Nosova S., et al. Turbulence in the Russian Economy Management System [Текст] // International Journal of Economics and Financial Issues (IJEFI). – 2016. – № 6 (S1). – P. 233–238.

УДК 338.012

СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ РЫНКИ. СУЩНОСТЬ, МАРКЕТИНГ

Владлена Вячеславовна Панжинская

студент

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н. И. В. Аракелова*

На сегодняшний день изменения в рыночной среде вызвали структурные преобразования на рынках, это говорит о том, что теперь бизнес не меньше государства заинтересован в развитии предпринимательской деятельности, это приведет к внедрению совершенно новых сегментов инновационных рынков, в которых будут производиться и реализовываться социально-значимые товары и услуги.

Социально значимый рынок (СЗР) – это долгосрочная система экономических отношений, связанных с производством, обменом, распределением и потреблением жизненно важных товаров и услуг, социальная значимость которых зависит от высокой степени охвата потребителей, спектра создаваемых внешних положительных эффектов и значительной роли государственного вмешательства в механизм их функционирования.

Для его функционирования недостаточно опираться исключительно на рыночный механизм, приемлемый для частных товарных рынков в рыночном секторе экономики. Наивысшая экономическая эффективность является критерием общенационального и долгосрочного успеха, который заключается в том, что развитие социально-значимых рынков, сохранение эффективности деятельности предприятий, а также защита интересов граждан, в вопросах обеспечения всем необходимым для нормальной жизни являются стратегически важными для любого государства.

К социально-значимым рынкам относятся:

- 1) рынки жилья;
- 2) рынки основных продовольственных товаров;
- 3) медицинских услуг;
- 4) образовательных услуг;
- 5) рынок труда и др. [5].

Например, рынок жилья может быть представлен коммерческим жильем, которое доступно небольшой части населения нашей страны с достаточно высоким уровнем доходов, а также жильем, которое можно приобрести по программе ипотечного жилищного кредитования, и социальным жильем, которое доступно малоимущим слоям населения. К социально-значимому сектору рынка жилья относится жилье, предоставляемое по программе ипотечного кредитования и социальное жилье.

Помимо решения жилищной проблемы, большое значение в обеспечении благосостояния человека имеет способность удовлетворять первичные потребности, то есть возможность приобретать необходимые продукты питания. Среди всех сортов, которые в настоящее время существуют на продовольственном рынке, есть отдельные названия, которые объединены в общую группу социально значимых продуктов питания. В нее включаются 12 наименований: хлеб, молоко, яйца, кефир, масло животное, масло растительное рафинированное, мука, сахар-песок, соль пищевая, крупы рисовая, гречневая, манная, мясо говядины, макаронные изделия. Именно производство и реализация этих продуктов питания формируют социально значимый сектор продовольственного рынка. Спрос на продукты постоянно увеличивается, это вызвано не только демографическим ростом, но и такими факторами, как экономическое развитие и улучшение благосостояния населения, а также рост доходов.

Здравоохранение – это особая сфера деятельности государства, которая обеспечивает граждан правом на жизнь и здоровье и в связи с этим является одним из самых приоритетных направлений в экономической и социальной жизни страны и общества. На сегодняшний день действует как государственная (социально значимые бесплатные медицинские услуги), так и частная медицина (платные медицинские услуги). К социальному сектору относят медицинскую услугу, которую предоставляют как на платной, так и на бесплатной основе [3]. Федеральный закон РФ от 21.11.2011N° 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» регламентирует деятельность медицинских организаций [1].

На развитие здравоохранения России сильное влияние оказывали исторические процессы. В 1581 году был создан первый высший орган

управления медико-санитарной деятельностью в Москве, который просуществовал 140 лет, – Аптекарский приказ. В 1721 году, по приказу Петра I управление было передано медицинской канцелярии, а в 1763 году – медицинской коллегии.

К XX веку в России появилась земская и городская медицина. После 1917 года медицина значительно реформировалась и была консолидирована в единое целое в руках государства. В это время гарантировалась бесплатная и общедоступная медицинская помощь. Приоритетом была профилактическая направленность, так как в это время была эпидемия тифа.

В военные годы были созданы эвакогоспитали, были разработаны эффективные способы и средства лечения

После войны было создано Министерство здравоохранения и была разработана стратегия дальнейшего развития – создание мощных больниц путем объединения стационаров и поликлиник.

В 1969 году утвержден закон «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», здесь были закреплены принципы и формы оказания медицинской помощи. Существовал государственный характер, плановое развитие, бесплатность и т. д.

В 1990-е годы здравоохранение характеризовалось такими принципами развития, как децентрализация управления, демонополизация государственного сектора, многоканальное финансирование.

В 2004 году Министерство здравоохранения было преобразовано в Министерство здравоохранения и социального развития. Оно осуществляло разработку государственной политики и нормативно-правовое регулирование в здравоохранении, социального развития, труда и защиты прав потребителей [4].

Таким образом, до 90-х годов система финансирования здравоохранения носила бюджетный характер, так как была плановая экономика, при которой отсутствовала конкуренция. Можно сказать, что эта сфера деятельности была монопольной.

В России маркетинг здравоохранения появился в начале 90-х гг. вместе с переходом экономики на рыночные рельсы. По сегодняшний день система здравоохранения в России имеет социальный характер, встроена система обязательного медицинского страхования населения. Также инструментом реализации маркетинга здравоохранения

в условиях высокой конкуренции является Программа лояльности, она представляет собой форму взаимоотношений между персоналом, клиентами и партнерами, где главную ценность составляет человек. Федеральный закон РФ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» регулирует маркетинг здравоохранения [2].

Таким образом, государству можно и не регулировать все рынки полностью, необходимо просто выделить сегменты в каждом социально-значимом рынке и сосредоточить контроль и регулирование именно на функционировании каждого сегмента, используя правовые нормы. Каждый рынок всегда был и будет неотъемлемой частью жизнедеятельности населения, поэтому необходимо совершенствовать товары и услуги, создавать инновационные продукты, это будет влиять не только на повышение качества жизни общества, но и на экономическое, политическое, социальное развитие государства. Для продвижения той или иной услуги (товара) необходимо принимать маркетинговые меры, без которых в наше время не обойтись.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o2>
2. Федеральный закон РФ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/
3. В России узаконят платную медицину [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.neonmed.ru/v-rossii-uzakonjat-platnuju-medicinu/>
4. Коваленко, И. П. Основные этапы развития здравоохранения России [Текст] / Коваленко, И. П. // Экономика и управление в социальной сфере: тенденции, проблемы и перспективы развития: Всерос. науч. конф. – М.: ИД «АТИСО», 2018.
5. Ларионова, Н. И. Институционализация рынка социальных услуг [Текст] : дис. ... д. э. н. / Ларионова, Н. И. – Чебоксары, 2015.
6. Пескова, О. С. Проблемы сегментации социально значимых рынков [Электронный ресурс] / Пескова О. С., Бородина Е. А. // Вестник РУДН. Серия: Экономика. – 2010. – № 3. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-segmentatsii-sotsialno-znachimyh-rynkov>

УДК 33.338

ЦИФРОВИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Лариса Семеновна Шаховская

профессор

Волгоградский государственный технический университет

Цифровизация всех сфер экономической и общественной деятельности в современных условиях развития человеческой цивилизации представляет собой объективную закономерность ее развития в эпоху глобализации, что связано с наступлением шестой технологической революции, основой которой как раз и является цифровизация всех сфер человеческой деятельности. Процесс этот объективен, он не зависит от воли и желания людей, а подчиняется только объективным законам развития НТП и НТР. Несмотря на это, во всех странах мира, и РФ здесь не является исключением, существует множество людей, которые активно выступают против процесса цифровизации, особенно в социальной сфере, где этот процесс затрагивает не машины и механизмы или технологические процессы, а самую тонкую сферу – самого человека и его деятельность, которая становится абсолютно открытой и в таком качестве может стать легкой «добычей» для недобросовестных участников общественного процесса, которые могут превратить эту информацию в орудие для шантажа и средство зарабатывания денег криминальным путем. При этом институционально-правовые нормы защиты информации о человеке и его личности по понятным причинам отстают от потребностей людей в такой защите. Этим, собственно, и объясняется протест людей во многих странах против сплошной цифровизации.

Основная цель этой статьи – показать неизбежность процесса цифровизации такой социальной сферы, как здравоохранение, его плюсы и минусы, выявить основные проблемы процесса цифровизации социальной сферы в регионах России и попытаться найти пути их решения, а также предложить основные направления защиты персональных данных именно для системы здравоохранения в российских регионах.

Решая чисто практические задачи достижения этой цели, необходимо, прежде всего, ответить на вопрос: способна ли сама сфера здравоохранения решить все многочисленные проблемы, возникающие перед ней в процессе цифровизации? Однозначно, НЕТ, даже если учитывать огромную помощь, которую оказывает российское государство для усовершенствования системы здравоохранения как в целом по стране, так и в отдельных ее регионах. Это стало особенно заметно в условиях первой, возникшей в XXI веке пандемии по случаю коронавируса COVID-19 со всеми его многочисленными штаммами. Россия, как и другие страны мира, останутся с этим вирусным заболеванием надолго. Следовательно, говоря о цифровизации сферы здравоохранения как важнейшей социальной сферы страны, надо определиться с набором методов, которые могут быть использованы для ее решения, и многочисленных институтов, которые в регионах могли бы относительно безболезненно провести цифровизацию системы здравоохранения и создать механизм ее адаптации к постоянным изменениям внешней среды ее деятельности, учитывая возросшую скорость этих изменений и их турбулентность.

Первый вывод, который напрашивается после изучения опыта доковидной и ковидной трансформации сферы здравоохранения в России и ее регионах, свидетельствует, что без активного вмешательства государства в ее деятельность на всех уровнях ее функционирования от первичного звена здравоохранения до руководства ею опять же на всех уровнях (макро- – государство, мезо- – регионы, микро- уровнях – лечебные организации здравоохранения) никакая цифровизация этой сферы невозможна, поскольку по Конституции РФ здравоохранение для граждан страны является бесплатным, следовательно, все затраты (финансовые, организационные, управленческие и пр.) в этом направлении должны лечь на плечи государства.

Роль регионов здесь вторична: они просто обязаны неукоснительно выполнять все государственные постановления в этом направлении, подчиняясь уже существующей нормативно-правовой базе.

Совершенно очевидно, что сама по себе сфера здравоохранения не способна решить задачу цифровизации и приближения ее к потребностям людей, без взаимодействия с другими социальными сферами, например, сферой образования. Этому есть несколько причин, первая из которых связана с тем, что сама по себе сфера здравоохранения не имеет достаточного количества IT специалистов,

обладающих специфическими знаниями, которые нужны для работы в системе здравоохранения.

Между тем, не все медики даже высшей квалификации обладают достаточными знаниями, чтобы работать в условиях цифровизации здравоохранения. Особенно это касается наиболее опытных специалистов – медиков, чьих знаний явно не хватает для работы с новым программным обеспечением современного медицинского оборудования. Кроме того, часто присутствует ментальная неготовность медицинских работников работать в условиях цифровизации. В устранении этих противоречий могут большое значение сыграть регионы, которые на базе объединения имеющихся в регионе возможностей разных учебных заведений как по подготовке медиков, так и IT специалистов, создают образовательные консорциумы, которые разрабатывают и внедряют в практику медицинской деятельности новые программы общения. Например, такие как «Врач – пациент», помогающие пациенту своевременно получить врачебную консультацию, или создают совместные обучающие программы дополнительного профессионального образования (ДПО), где медики являются слушателями, а выпускники старших курсов (магистры – технари) обучают их новым технологиям общения с пациентами, которые экономят время медицинских работников, повышая при этом эффективность их профессиональной деятельности.

Такой образовательный консорциум создан на территории Волгоградской области, на базе Волгоградского государственного технического университета (ВолгГТУ), который является опорным региональным университетом. Кроме ВолгГТУ, в консорциум вошли Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский сельскохозяйственный университет и Волгоградский государственный социально-педагогический университет. Это значит, что программа цифровизации социальной сферы региона может быть расширена за счет решения проблемы здорового образа жизни и диетического питания населения области, что снижает риск ряда заболеваний, особенно тех, которые относятся к числу региональных, а также воспитания социально-ответственных по отношению к своему здоровью граждан, особенно из числа молодежного населения области. Более того, все участники консорциума – представители региональной социальной сферы, благодаря медикам, получают дополнительные знания о контроле состояния

своего здоровья, что чрезвычайно важно для снижения нагрузки на медицинских работников.

Преимущества такого объединения особенно четко проявились в условиях пандемии коронакризиса, поскольку из необходимости скорейшего выхода из этого состояния возник целый ряд интересных совместных межвузовских проектов, реализация которых позволит вывести социально-экономическое состояние Волгоградской области на новый уровень развития.

Таким образом, цифровизация социальной сферы региона – это не модный тренд в ее развитии, а вполне реальный и объективный процесс, который будет развиваться, хотим мы этого или нет, и который должен быть в центре внимания региональных властей и органов самоуправления различных территорий российских регионов, поскольку в этом процессе задействованы, прежде всего, люди, качество жизни которых, определяется, в том числе, и уровнем цифровизации их повседневной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шаховская, Л. С. Fidelite a la base des relations partenariales entre les entreprises et les consommateurs dans le cadre de l'economie contemporaine [Текст] / Л. С. Шаховская, И. В. Аракелова // Global challenges of contemporary issues : Collection of scientific articles / Science editor: S. I. Drobyazko. – Paris (France) : Lardy Publishing House, 2018. – P. 136–139.

2. Шаховская, Л. С. Формирование финансово-экономических механизмов хозяйствования в сфере высшего профессионального образования РФ в условиях информационной экономики [Текст] / Л. С. Шаховская, И. Е. Поташова // Формирование финансово-экономических механизмов хозяйствования в условиях информационной экономики : сб. науч. тр. IV всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / редкол.: С. П. Кирильчук (науч. ред.), Г. А. Штофер, Н. А. Логунова ; ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», Ин-т экономики и управления. – Симферополь, 2019. – С. 208–210.

3. Goncharova E., Shakhovskaya L. Problems of spatial development of regions of Russia [Текст] // POLISH J. OF SCIENCE. – № 22 (2019). – Vol. 3. – P. 4–8.

4. Шаховская, Л. С. Использование общественных ресурсов экономического развития для совершенствования системы здравоохранения в регионах России [Текст] / Л. С. Шаховская // Сборник материалов IV всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» (г. Волгоград, 14–15 ноября 2019 г.) / Мин-во здравоохранения РФ, Волгоградский гос. медицинский ун-т, Научное общество молодых ученых и студентов, Ассоциация клинических фармакологов. – Волгоград, 2020. – С. 120–123.

УДК 338.001.36

ЦЕННОСТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ

Мария Сергеевна Ячменникова

ординатор

Алла Сергеевна Ячменникова

ординатор

Ирина Владимировна Аракелова

доцент, к. э. н.

Наталья Александровна Альшук

проректор по работе с иностранными учащимися и международным связям

Волгоградский государственный медицинский университет

Термин «ценностное ориентирование» в здравоохранении был введен Майклом Портером и Элизабет Тейсберг в книге «Переосмысление системы здравоохранения» [1]. Согласно источнику, ценностное ориентирование в здравоохранении – это модель ценностного ориентирования, суть которой заключается в смещении фокуса на ценности и ожидания пациентов от системы здравоохранения. Но как мы понимаем, внедрение этого подхода требует прозрачных и стандартизированных опросов большого числа пациентов, для чего в 2017 году Организацией экономического сотрудничества и развития был выдан мандат на запуск таких опросников для различных групп пациентов. И данное нововведение дало свои плоды в некоторых странах.

Например, по данным ВОЗ, 30 % ресурсов на здравоохранение тратится впустую. Это как расходы на осложнения, так и расходы на повторные операции в результате некачественного оказания медицинских услуг. Иначе говоря, расходы, возникшие в связи с нерациональным подходом к лечению. По данным Национальной службы здравоохранения в Уэльсе, 19 % произведенных затрат не влияет на качество жизни пациентов. Для чего и нужен подход ценностного ориентирования, чтобы избежать подобных ситуаций, чтобы помощь, оказываемая пациентам, была одинаковой, качественной, своевременной. Это также предполагает создание общих баз данных между различными медицинскими организациями [2].

Ценностно ориентированный подход в здравоохранении ЕС: 1) здравоохранение должно основываться на постоянном фокусировании на достижении результатов, которые действительно важны для пациентов; 2) цель состоит в достижении равенства и улучшении здоровья для всех, способствует созданию систем здравоохранения, ориентированных на человека, и сохранению здоровья на всех этапах жизни [3]. Продвижению к ценностному ориентированию препятствует отсутствие ясности в определении ценности. Сложившаяся ситуация приводит к расхождению подходов в понимании ценности и медленному прогрессу в области улучшения взаимодействия с пациентом с позиции ценности. В работе [1] авторы предлагают определить ценность расчетным путем. Числитель – результаты, имеющие значение для пациентов. Знаменатель – стоимость полного цикла лечения пациента + затраты на уход за пациентом. Немногочисленные медицинские организации отслеживают показатели, важные для пациентов (и как правило, результаты отслеживаются краткосрочно, 3–6 мес.). Ценностно-ориентированный подход оценивает результаты состояния здоровья пациента с его же (пациента) точки зрения (локализованная боль в спине и т.д.) на протяжении всего цикла оказания помощи и позволяет пациенту сравнить свое состояние, варианты лечения.

В настоящее время ценностно-ориентированный подход можно применить, когда мы рассматриваем вопросы маршрутизации пациента. Поскольку маршрутизация на всех этапах взаимодействия, по сути, это точки контакта пациента с медицинской организацией. На каждом этапе важна удовлетворенность пациента. На примере российской поликлиники мы можем сказать, что маршрутизация пациента включает в себя следующие этапы: 1) запись на прием к участковому врачу; 2) осмотр участковым врачом; 3) лабораторное, инструментальное исследование; 4) подбор и назначение лечения; 5) консультации врачей узких специальностей; 6) выписка листа временной нетрудоспособности; 7) назначение повторных посещений; 8) выписка пациента. Первая точка контакта пациента с медицинской организацией начинается с записи к врачу. Сейчас представляются разные варианты для записи к врачу. Можно произвести электронно, по телефону, непосредственно в регистратуре поликлиники. С одной стороны, многообразие возможностей. С другой стороны, даже на этом этапе, в этой точке контакта, по мнению

самих врачей, периодически возникают проблемы, которые отражаются на «клиентском опыте».

Сегодня говорят о значительном влиянии «клиентского опыта» на принятие человеком решения при выборе медицинской организации. Отметим, что этот опыт приобретает на каждом шаге взаимодействия с медицинской организацией по поводу получения медицинской помощи. Ценностно-ориентированный подход в здравоохранении позволяет экономно использовать ресурсы: человеческие, технологические, денежные; визуализировать процессы оказания медицинской помощи в виде карт, графиков с целью выявления проблем и сосредоточения внимания на «критических точках» маршрутизации пациентов, а также организации работы внутри медицинского учреждения; стремление к максимальной «цифровизации» данных, имеющих отношение к здравоохранению и создания баз данных. Последнее необходимо для принятия управленческих решений. Таким образом, можно отметить, что ценностно-ориентированный подход в работе медицинской организации направлен на совершенствование как оказываемой медицинской помощи, так и сервисной составляющей в своей деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Портер, М. Е. Переосмысление здравоохранения: создание конкуренции на основе результатов на основе результатов [Электронный ресурс] / Портер М. Е., Тейсберг Е.О. – Harvard Business School Press, 2006. – Режим доступа. site.ru.nipponkaigi.net
2. Ценностно-ориентированное здравоохранение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://eithealth.eu/think-tank-topic/value-based-healthcare/>
3. Доклад ВОЗ «О состоянии здравоохранения в Европе в 2018 г.» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018-more-than-numbers-evidence-for-all-highlights-2018>
4. Аракелова, И. В. Человеческий капитал врача: медикоцентричная модель здравоохранения [Электронный ресурс] / Аракелова И. В., Качалов Д. Л., Соболева С. Ю., Соболев А. В. // Сборник материалов XII междунар. конф. «Управление развитием крупномасштабных систем». MLSD 2019. 1–3 октября 2019. – Изд-во: ИПУ РАН. Москва. С. 1096–1099. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41750349>
5. Зуенкова, Ю. А. Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий [Электронный ресурс] / Зуенкова Ю. А. // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2021. – № 2 (1). – Р. 28–35. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>

УДК 65.012.7

МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ольга Михайловна Сербинова

магистр

*Волгоградский государственный медицинский университет
научный руководитель к. э. н., доцент В. В. Голиков*

Модель поведения потребителя на рынке медицинских услуг представляет собой описание (более или менее формализованное) связи между действиями человека (рассматриваемого одновременно как социально-психологический объект и как потребитель товаров) и теми мотивами (потребностями и желаниями), которые кроются за этими действиями, а также свойствами личности потребителя (и состоянием внешней среды, в которой эти действия совершаются) [2].

С точки зрения маркетинга в качестве действий чаще всего рассматривается приобретение того или иного продукта. Чем точнее удастся описать эту связь, тем точнее можно предсказывать поведение отдельных групп потребителей (при условии наличия определенного объема информации о них и о состоянии внешней среды), и, как следствие, тем эффективнее можно управлять им с целью максимизации выгоды компании.

Из сказанного выше очевидно, что моделирование потребительского поведения на рынке медицинских услуг позволяет понять, как, с одной стороны, потребители реагируют на побудительные факторы маркетинга, а с другой – что является значимым конкурентным преимуществом для предприятия.

При этом важно определить условия, в которых будет находиться потребитель, изучить и описать сегменты потребителей, выбрать тип модели, на базе которой будет построена маркетинговая политика предприятия. Моделирование потребительского поведения позволяет повысить эффективность рекламной кампании и приверженность той или иной торговой марке.

Первые разработки моделей поведения потребителей появились в 60-е годы прошлого века, благодаря исследованиям Р. Блэкуэлла, Дж. Говарда, Дж. Катоны, Дж. Энджела, Ф. Котлера и др. Однако ранние модели демонстрировали отсутствие различий в поведении конкретных типов потребителей, раскрывая лишь общие закономерности, характерные для осознанных и обдуманных действий потребителей.

Теория психоанализа, берущая начало от учений З. Фрейда, дала мощный толчок развитию изучения потребительского поведения, в основе которого лежало выявление мотивов поведения. С развитием информационных технологий потребительское поведение начинают рассматривать с позиций информационного процесса. Фактически можно говорить о наличии двух базовых тенденций в моделировании поведения потребителей на рынке медицинских услуг [4]:

- аналитической, в рамках которой строится более или менее обобщенная модель поведения потребителей, включающая в себя определенный набор факторов, и затем эта модель адаптируется к конкретной группе потребителей путем использования тех значений факторов, которые типичны для этой группы;

- имитационной, где путем сбора огромного объема статистической информации и его обработки (что стало возможным благодаря развитию технологии big data) выявляются закономерности поведения, присущие определенным группам потребителей.

Традиционные исследования потребительского поведения базировались на концепции рационального «экономического» человека, его рационального поведения: внимание фокусировалось на потребностях каждого конкретного человека, а потребности клиента рассматривались как врожденные, а не сформированные обществом или рынком, при этом предполагалось, что человек четко осознает свои потребности, действует под влиянием рациональных факторов и при приобретении товара стремится максимизировать свою индивидуальную выгоду [1].

С точки зрения бихевиористского подхода, поведение человека зависит от суммы и вида вознаграждения и наказания, которые оно

приносит. С другой, когнитивистской, стороны, поведение необходимо рассматривать как познавательные процессы, наблюдаемые как в потреблении, так и в стиле жизни современного потребителя.

Следует отметить одну важную особенность современного общества – детерминированность индивидуального потребления массовым (по сути дела, в этом находит отражение тезис Маркса о том, что человек формируется всей существующей вокруг него системой общественных отношений). Потребительское поведение невозможно рассматривать вне контекста массовой культуры.

Изучение потребительского поведения на рынке медицинских услуг предусматривает выделение двух его основных форм. Индивидуальное действие потребителя относится к отдельному человеку с его собственными целями потребления, действия которого направлены на достижение этих целей.

Социальное действие потребителя проявляется в групповых или коллективных действиях, направленных на достижение целей потребления, разделяемых членами группы, каждый из которых соглашается выполнять свою, определенную часть действий [5].

В результате адаптации механизмов поведения в ситуации их совершения в окружении других людей важно анализировать отражение этих изменений в сознании индивидов.

Основой для понимания поведения потребителей на рынке медицинских услуг служит модель потребительского поведения. Она показывает, под влиянием каких основных факторов формируется спрос, складывающийся из ответных реакций потребителя. Поведение потребителя подвержено влиянию факторов внешней среды, о которых шла речь ранее.

На него воздействуют маркетинговые стимулы поставщика, например имидж фирмы, доступная цена и уникальные особенности товара, о которых он узнает из рекламы в газете.

Также решение о покупке зависит от сознания потребителя – от того, как свойственно человеку принимать решения, и от особенностей его характера.

Простейшая модель потребительского поведения приведена на рис. 1 [3].



Рис. 1. Модель потребительского поведения

Следующая модель называется «модель рациональной покупки» (рис. 2) [4]. Принимая решение о приобретении товаров и услуг, в сознании потребитель проходит ряд шагов.



Рис. 2. Модель рациональной покупки

1. *Осознание проблемы.* Процесс покупки начинается с осознания покупателем проблемы или потребности, когда он ощущает разницу между настоящим и желаемым состоянием. Его потребность может быть вызвана внешними или внутренними раздражителями, например осознание необходимости замены старой мебели или создания более современного интерьера квартиры.

2. *Поиск информации.* Осознав необходимость в приобретении товара, потребитель начинает искать информацию о конкретных товарах и услугах, которые могли бы удовлетворить его потребности. Огромное значение для поставщиков товаров/услуг имеет осведомленность потребителей об основных источниках информации и влияние каждого из этих источников на последующие решения о покупке.

Обычно большую часть сведений потребитель получает из источников, используемых поставщиком для продвижения товаров и услуг (реклама в прессе, буклеты, выставки), но самой эффективной считается та, которая поступает из независимых источников.

3. *Оценка вариантов.* На данном этапе потребитель сравнивает альтернативные товары и услуги различных организаций, выбирая ту, которая, по его мнению, наилучшим образом удовлетворит его потребность. При этом товар/услуга рассматривается им как совокупность свойств, предоставляющих ему определенный набор выгод. Организация или предприниматель могут повлиять на потребителя на этом этапе, формируя определенный образ товаров/услуг или совершенствуя их для того, чтобы они более полно соответствовали требованиям потребителя.

4. *Покупка.* Предпочтение определенного товара или фирмы формируется у потребителя на этапе выбора вариантов. Однако при уже возникшем намерении на решение могут повлиять еще два фактора: отношение к данному товару/услуге других людей и непредвиденные обстоятельства.

5. *Оценка после использования товара/услуги.* После приобретения и использования товара или услуги потребитель испытывает либо чувство удовлетворения, либо чувство недовольства.

Удовлетворение есть отношение ожиданий потребителя и реальных качеств продукта. От степени удовлетворенности потребителя зависит его решение еще раз воспользоваться услугами этой фирмы, а также и отзывы о ней среди друзей и знакомых [6]. Поэтому очень опасно преувеличивать достоинства товара или услуги в рекламных материалах. Организация, ориентированная на маркетинг, должна тщательно изучать степень удовлетворенности потребителей приобретенными товарами/услугами и их реакции.

Одна из самых важных групп понятий маркетинга, позволяющих понять поведение потребителей, – это нужда, потребность и мотив человека. Нужда (human need) – это испытываемое человеком, возможно, неосознанное, ощущение недостатка чего-либо.

Это избирательная зависимость живых организмов от факторов внешней среды, существенных для самосохранения и саморазвития,

источник активности живых систем, побуждение и цель их поведения в окружающем мире (рис. 3) [4].



Рис. 3. Влияние потребностей на поведение потребителей

Число нужд человека довольно ограничено: пища, безопасность, признание сообществом, удовольствие, разнообразие и т. д. Потребность (humant want) – это нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и индивидуальностью человека. В отличие от нужд человек имеет миллионы потребностей.

По мере развития общества возрастает как число потребностей, так и число объектов, способных удовлетворить эти потребности. Мотивом или побуждением, называется осознанная потребность, достигшая такого уровня интенсивности, что побуждает человека совершить действия, направленные на ее удовлетворение. Так, голод является мотивом для удовлетворения потребности в питании. Фактически предложение товара происходит на двух уровнях [5].

Первый – это нужда, которую он способен удовлетворить. Второе – насколько хорошо он ее удовлетворяет. Так, нужду в пище может удовлетворить и кусок хлеба, но потребности питания значительно разнообразнее, и они зависят от образа жизни, привычек и материальных возможностей.

Таким образом, формирование модели покупательского поведения позволяет организовать эффективное управление маркетинговой деятельностью предприятия; рационально использовать ресурсы на информирование покупателей о предлагаемых производителями товарах и услугах; содействовать удовлетворению потребностей в соответствии с выявленными нуждами и запросами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байбардина, Т. Н. Поведение потребителей [Текст] / Т. Н. Байбардина, Г. Н. Кожухов, А. Я. Якимик. – М.: Издательство Гревцова, 2016. – 176 с.
2. Блэкуэлл, Р. Поведение потребителей [Текст] / Р. Блэкуэлл, П. Миниард, Дж. Энджел. – СПб.: Питер, 2014. – 944 с.
3. Боязнь рисковать: анализ потребительского поведения в кризис // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://new.retail.ru/business/ekonomika/boyazn_riskovat_analiz_potrebitelskogo_povedeniya_v_krizis7647/ (дата обращения 17.09.2019)
4. Уманская Л. К. Мировой опыт моделирования потребительского поведения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bma.ru/biblioteka-marketologa/mirovoj-opyt-modelirovaniya-potrebitelskogo-povedeniya/?lang=ru/> (дата обращения 17.09.2019)
5. Почему российский рынок платной медицины растет и зачем ему нужны стартапы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vc.ru/24045-starttrack-medicine/>(дата обращения 17.09.2019)
6. Копалова О. С. Потребительское поведение в сфере платных медицинских услуг [Текст] / О. С. Копалова // XVIII Международная конференция памяти проф. Л. Н. Когана «Культура, личность, общество в современном мире : Методология, опыт эмпирического исследования», 19–20 марта 2015 г., г. Екатеринбург. – Екатеринбург: [УрФУ], 2015. – С. 1968–1974.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ	3
ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Римма Дмитриевна Бокова</i>	3
ИНФОКЛИНИКА КАК ЦИФРОВИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Екатерина Анатольевна Васенко, Ирина Валерьевна Днепровская</i>	5
ЦИФРОВИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ТРЕНД В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ <i>Ольга Владимировна Верле</i>	8
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА <i>Вячеслав Владимирович Голиков</i>	10
АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ РФ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В СРАВНЕНИИ I КВАРТАЛА 2020 г. С АНАЛОГИЧНЫМ ПЕРИОДОМ 2019 г. (на примере онкодиспансера г. Волгограда) <i>Юлия Александровна Забазнова, Дмитрий Юрьевич Кочетков</i>	13
ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ НА РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Рафаэль Риза оглы Зейналы, Илья Сергеевич Кувшинов</i>	16
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ <i>Надежда Николаевна Ивер, Ксения Владимировна Шмелева</i>	19
МАРКЕТИНГОВАЯ ПАРАДИГМА СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ЖИЗНЕННЫМ ЦИКЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ФИРМЫ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМОДЕРНИСТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕОРИИ <i>Сергей Александрович Князев, Евгения Борисовна Москаленко, Анна Сергеевна Мужиченко, Ольга Анатольевна Санникова</i>	24
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТАМИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ <i>Наталья Николаевна Косинова, Мария Юрьевна Попова, Алена Владимировна Поворина</i>	27

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ <i>Елена Михайловна Мазница</i>	33
ТЕЛЕДЕНТЕРИЯ КАК ИНОВАЦИОННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПАРАДИГМА НЕОБХОДИМОСТИ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ <i>Замира Мухамеджановна Мухамедова, Кахрамон Эркинович Шомуродов</i>	36
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Александра Викторовна Овчинникова</i>	40
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Дмитрий Валерьевич Орлов, Екатерина Александровна Невежина, Марианна Борисовна Журавская</i>	43
ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ <i>Анастасия Петровна Орлова, Ирина Валерьевна Днепровская</i>	45
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Даниил Олегович Павлов</i>	49
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Алексей Михайлович Поздняков, Екатерина Викторовна Языкова</i>	52
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ЖИЗНЕННЫМ ЦИКЛОМ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Ольга Анатольевна Санникова</i>	55
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В СТОМАТОЛОГИИ НА ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ <i>Кахрамон Эркинович Шомуродов</i>	58
РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В УПРАВЛЕНИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ <i>Людмила Александровна Эртель</i>	60
2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	68
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМАТИК ВНЕДРЕНИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» <i>Юлия Александровна Зуенкова</i>	68

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ С ГОСУДАРСТВЕННОЙ И ЧАСТНОЙ ФОРМОЙ СОБСТВЕННОСТИ	
<i>Юлия Александровна Зуенкова</i>	71
РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ФИРМЕ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМОДЕРНИСТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕОРИИ	
<i>Сергей Александрович Князев, Анна Сергеевна Мужиченко</i>	73
ЛОКАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ НА ОСНОВЕ БЛОКЧЕЙН-ПЛАТФОРМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ	
<i>Юрий Алексеевич Козенко, Татьяна Евгеньевна Козенко</i>	76
МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА КАК КОМПОНЕНТ СИСТЕМЫ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМПАНИИ	
<i>Михаил Игоревич Кудрявцев</i>	78
КРИТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ ИНФРАСТРУКТУРА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	
<i>Яна Владимировна Куликова</i>	83
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ	
<i>Виктория Андреевна Лысенко</i>	86
ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЫ	
<i>Анна Игоревна Матурина</i>	88
МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ	
<i>Инна Васильевна Митрофанова</i>	92
МОДЕЛЬ КОМПАНИИ УПРАВЛЯЕМОЙ ПОМОЩИ В РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
<i>Оксана Сергеевна Михальченко</i>	97
ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Елена Николаевна Парфенова</i>	100
АНАЛИЗ ПЯТИ КОНКУРЕНТНЫХ СИЛ ГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»	
<i>Андрей Сергеевич Печерский</i>	102
УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ В СОВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
<i>Саргис Арменакович Саргсян, Рафаэль Зейналлы Риза-оглы</i>	105
РАЗВИТИЕ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Ирина Валерьевна Свиридова</i>	107

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ КАК ЧАСТЬ СИСТЕМЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Евгений Викторович Слащев</i>	111
ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ И ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕШЕНИЯ <i>Анастасия Александровна Суворова, Игорь Михайлович Кублин</i>	115
ОСОБЕННОСТИ ПРИНЯТИЯ СТРАТЕГИЧЕСКИХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ <i>Антон Андреевич Титов</i>	120
АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ «ИНФРАСТРУКТУРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» <i>Алина Сергеевна Шипилова</i>	126

3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ

РАЗРАБОТКА УНИФИЦИРОВАННЫХ ПРОТОКОЛОВ ПРОВИЗОРА (ФАРМАЦЕВТА) И ВНЕДРЕНИЕ ИХ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ОТРАСЛЬ <i>Людмила Сергеевна Аносова, Алексей Михайлович Агафонов</i>	128
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Олеся Александровна Вильд, Ирина Валерьевна Днепровская</i>	131
ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ <i>Иван Сергеевич Курсеков</i>	134
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРИ РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Екатерина Андреевна Самошина</i>	139
UTILIZATION MODERN NANOMATERIALS IN DIAGNOSIS, TREATMENT, DELIVERING, INCREASING DRUG EFFICIENCY'S FOR MALIGNANT TUMORS AND TARGETING BIOLOGICAL CELLS <i>Ahmed Hamid Al-Humairi</i>	141

4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ К ЭТОМУ ПРОЦЕССУ <i>Валерий Сократович Полунин, Галина Николаевна Буслаева, Наталья Валентиновна Полунина</i>	145
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Елизавета Михайловна Папшева</i>	150
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (на примере Волгоградской области) <i>Ольга Сергеевна Саломатина</i>	152
5. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ	156
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ КАК ПРЕДИКТОР КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА <i>Юрий Геннадьевич Анников</i>	156
ИЗ ОПЫТА СТАНОВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АНГЛИИ В XIX ВЕКЕ <i>Любовь Ивановна Белова, Ирина Валерьевна Чернышева</i>	158
ГИБКОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Игорь Валерьевич Беспалов, Ирина Валерьевна Днепровская</i>	166
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ <i>Анастасия Сергеевна Иванова</i>	169
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ УЗБЕКИСТАНА <i>Курбоний Чориевна Нурмаматова, Ж. А. Ризаев</i>	172
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА <i>Екатерина Викторовна Шишкина, Вячеслав Игоревич Чумаков</i>	177
СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА <i>Кахрамон Эркинович Шомуродов, Мираскад Максудович Исомов</i>	180
6. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	184
ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ПАНДЕМИЕЙ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ АСПЕКТ <i>Алена Дмитриевна Доника</i>	184
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ <i>Мая Владимировна Еремина</i>	186

«ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ» ВРАЧ: МНЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ИХ ГЕНДЕРА И ВОЗРАСТА <i>Марина Дмитриевна Ковалева, Владимир Владимирович Деларю</i>	189
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Надежда Михайловна Легенькова</i>	191
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ, ФАКТОРЫ РИСКА И РОЛЬ ПАТРОНАЖНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ <i>Камола Рихсиевна Мирзарахимова</i>	194
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Шамшодбек Шухратович Мусав</i>	196
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ <i>Аюна Мингияновна Федотова</i>	199
ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНАМИ НЕБА <i>Кахрамон Эркинович Шомуродов, Раъно Сергей кизи Мирхусанова</i>	203
7. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ	205
МАРКЕТИНГОВЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОДВИЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Елена Викторовна Балимчук</i>	205
ОСОБЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ <i>Юлия Игоревна Беляева</i>	210
АЛГОРИТМ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ГЕОМАРКЕТИНГА В ВЫБОРЕ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ <i>Ольга Александровна Герасименко</i>	214
ПОРТАЛ «ПРОДОКТОРОВ» КАК ИНФОРМАЦИОННАЯ ПЛАТФОРМА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ <i>Рафаэль Риза оглы Зейналы, Екатерина Вадимовна Поздняк</i>	217
ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГА ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Янина Андреевна Каширская</i>	219
ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ МОДЕЛИ ДИСКУРС-АНАЛИЗА К БРЕНД-ТЕКСТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Марина Александровна Князева</i>	222

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ <i>Федор Павлович Крутов</i>	224
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ГОРОДСКАЯ СРЕДА КАК ОБЪЕКТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ИЗУЧЕНИЯ <i>Елена Николаевна Кукина</i>	227
КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ <i>Елена Анатольевна Морозова</i>	230
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА <i>Евгения Борисовна Москаленко</i>	232
КОНКУРЕНТНЫЕ СТРАТЕГИИ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОМС <i>Татьяна Сергеевна Сергиенко</i>	236
ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ <i>Дарья Сергеевна Ситникова</i>	239
ИМИДЖ КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА РЫНКЕ <i>Ирина Валерьевна Чернышева, Ирина Кабдрахимовна Черемушникова</i>	242
БЕНЧМАРКИНГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Екатерина Викторовна Языкова, Алексей Михайлович Поздняков</i>	246
МАРКЕТИНГ КОММУНИКАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Татьяна Александровна Шильцова</i>	250
8. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	253
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Екатерина Валерьевна Башилова</i>	253
К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Мария Алексеевна Бражникова</i>	256
КАТЕГОРИЯ «РИСК»: ОСНОВНЫЕ ДЕФИНИЦИИ И СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ <i>Евгений Геннадьевич Вершинин, Светлана Юльевна Соболева</i>	258
СПЕЦИФИКА КОНФЛИКТОВ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ <i>Алия Кабировна Кадырова</i>	262

МОТИВАЦИЯ КАК АСПЕКТ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Инна Сергеевна Лебедева, Мария Андреевна Ковальчук, Герман Юрьевич Дзукоев</i>	265
ДЕФИЦИТ СПЕЦИАЛИСТОВ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Надежда Михайловна Легенькова, Аделина Илдусовна Сунагагуллина</i>	268
СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Виктория Николаевна Приходько</i>	270
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Полина Ильинична Серебрякова</i>	273
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Татьяна Павловна Стрельцова, Мария Павловна Телещенко</i>	276
9. ЕВРОПЕЙСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ В УПРАВЛЕНИИ ОРГАНИЗАЦИЕЙ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	279
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ЕВРОСОЮЗА (по итогам 2020 г.) <i>Заур Аязович Мамедьяров</i>	279
УРОКИ COVID-19: ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ (на примере Франции) <i>Елена Михайловна Черноуцан</i>	281
ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ИННОВАЦИОННАЯ ПОЛИТИКА ЕВРОСОЮЗА <i>Наталья Владимировна Шелюбская</i>	284
10. ПАНДЕМИЯ COVID-19: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	287
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В СТРАНАХ МИРА В ПЕРИОД COVID-19 <i>Светлана Юльевна Соболева, Александр Витальевич Соболев</i>	287
РОЛЬ ОСОБЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗОН В ПЕРЕПРОФИЛИРОВАНИИ ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СРЕДСТВ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Юрий Михайлович Брюханов, Юлия Игоревна Царская</i>	293
УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССАМИ СНИЖЕНИЯ ВЛИЯНИЯ КРИЗИСА, СВЯЗАННОГО С ПАНДЕМИЕЙ КОРОНАВИРУСА, НА ЭКОНОМИКУ РОССИИ (Социально-экономический кризис – кто виноват COVID-19 или мы?) <i>Владимир Викторович Великороссов, Евгений Викторович Генкин, Максим Александрович Пономарев</i>	297

ПАНДЕМИЯ COVID-19: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ <i>Марина Васильевна Заикина</i>	303
ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКОТОН ГОРОДОВ В КРИЗИСНЫЙ ПЕРИОД, СВЯЗАННЫЙ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19 <i>Людмила Николаевна Медведева</i>	305
АКТУАЛЬНОСТЬ ЗНАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>Назим Яшарович Оруджев, Инна Игоревна Замятина, Ольга Викторовна Поплавская</i>	312
ПАНДЕМИЯ COVID-2019: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ <i>Виктория Евгеньевна Тронева, Татьяна Юрьевна Сергиенко</i>	316
II. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ И ПРОЦЕССОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
ТЕОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЛАСТНО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ГОСУДАРСТВА И ОБЩЕСТВА <i>Виктория Юрьевна Подуруева-Милоевич, Наталья Владиленовна Протопопова</i> ...	320
ПРОБЛЕМЫ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИЙ ВУЗА И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЯ <i>Светлана Евгеньевна Ситникова</i>	326
ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЛОНТЕРСКОЙ ПОМОЩИ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Оксана Алексеевна Лисина, Сергей Иванович Краюшкин</i>	330
МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ: ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ В РОССИИ НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Берс Тагирович Мерджоев</i>	335
О ФОРМИРОВАНИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЦИФРОВОГО КОНТУРА РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Наталья Викторовна Бурова</i>	338
ПАРТНЕРСТВО НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Ольга Юрьевна Воронкова</i>	343
ОЦЕНКА ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Артур Вагинакович Григорян</i>	350

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ <i>Олеся Сергеевна Карева, Анастасия Андреевна Рапинина</i>	353
ЭВОЛЮЦИЯ МОДЕЛЕЙ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В РОССИИ <i>Александра Александровна Новолокина</i>	356
РОССИЙСКАЯ СТРАТЕГИЯ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Светлана Сергеевна Носова</i>	358
СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ РЫНКИ. СУЩНОСТЬ, МАРКЕТИНГ <i>Владлена Вячеславовна Панжинская</i>	364
ЦИФРОВИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РЕГИОНАХ РОССИИ <i>Лариса Семеновна Шаховская</i>	368
ЦЕННОСТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ <i>Мария Сергеевна Ячменникова, Алла Сергеевна Ячменникова, Ирина Владимировна Аракелова, Наталья Александровна Альшук</i>	372
МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Ольга Михайловна Сербинова</i>	375

Научное издание

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

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

19–20 ноября 2020 г.
Волгоград

Редактор *Н. Н. Золина*
Компьютерная верстка *Е. Е. Таракановой*
Дизайн обложки *С. Е. Акимовой*

Директор Издательства ВолгГМУ *И. В. Казимирова*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.0107 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать .06.2021 г. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура PT Sans. Усл. печ. л. 22,79.
Уч. изд. л. 21,10. Тираж 30 экз. Заказ .

Волгоградский государственный медицинский университет
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

Издательство ВолгГМУ
400006 Волгоград, ул. Дзержинского, 45.