



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**VI Международной научно-практической
конференции**

**«Менеджмент в здравоохранении:
вызовы и риски XXI века»**

**(«Management in the Healthcare:
Challenges and Risks in the 21st century»)**



Издательство
ВолГМУ
Волгоград
2022

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Институт общественного здоровья
Кафедра экономики и менеджмента
Научное общество молодых ученых и студентов
Ассоциация клинических фармакологов

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

VI МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**«Менеджмент в здравоохранении:
вызовы и риски XXI века»**

*(«Management in the Healthcare:
Challenges and Risks in the 21st century»)*

19 ноября 2021 г.

Волгоград



Издательство
ВолгГМУ
Волгоград
2022

УДК 614(063)
ББК 5+67.91
С232

Все права на размножение и распространение в любой форме
остаются за разработчиком.
Нелегальное копирование и использование данного издания запрещено.

Редакционная коллегия:
зав. кафедрой экономики и менеджмента ВолгГМУ,
доцент к. э. н. *С. Ю. Соболева*;
доцент кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ
к. э. н. *С. А. Князев*;
председатель научного общества молодых ученых и студентов ВолгГМУ
Д. С. Липов

Печатается по решению Редакционно-издательского совета ВолгГМУ
(протокол № 6 от 30.06.2022)

Сборник материалов VI Международной научно-практической конферен-
ции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» («Management
in the Healthcare: Challenges and Risks in the 21st century»); 19 ноября 2021 г.,
Волгоград. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2022. – 672 с. – Текст : электронный.

ISBN 978-5-9652-0791-6

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

Представленные материалы могут быть интересны студентам, научным со-
трудникам и преподавателям, чья область научных интересов связана с экономи-
кой, менеджментом и здравоохранением.

Издано в авторской редакции
Компьютерная верстка *И. В. Казимировой*
Дизайн обложки *С. Е. Акимовой*

Минимальные системные требования:
Chrome, Firefox, Opera, Internet Explorer выше версии 9.0.

© Коллектив авторов, 2022
© ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, 2022
© Издательство ВолгГМУ, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

СЕКЦИЯ 1. ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ	20
NEURAL NETWORK ERA IN PROVIDING RURAL RESIDENTS WITH MEDICAL SERVICES <i>Medvedeva Lyudmila, Shalaeva Svetlana, Medvedeva Ksenia</i>	20
DIGITAL HEALTHCARE – A NEW PARADIGM OF MANAGEMENT <i>Shehata Nada Galal Zaki</i>	24
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Архипов Виталий Сергеевич</i>	29
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Бокова Римма Дмитриевна</i>	31
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ИХ РОЛЬ В ПРОДВИЖЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕРЕЗ СМИ И ИНТЕРНЕТ <i>Гладских Наталья Александровна, Каневская Анастасия Михайловна</i>	34
ИНТЕГРИРОВАННОЕ ЛОГИСТИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ <i>Горбач Арина Николаевна, Васильев Тимур Сергеевич</i>	37
МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ЦИФРОВИЗАЦИИ В РОССИИ НА ПЕРИОД ДО 2030 ГОДА <i>Гусева Ксения Александровна, Гукова Екатерина Олеговна</i>	41
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ <i>Кабытов Алексей Олегович</i>	44
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Камалова Камилла Рифовна, Уразбахтина Юлия Олеговна, Месропян Арсен Владимирович</i>	47
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРОСТРАНСТВА <i>Камалова Камилла Рифовна, Уразбахтина Юлия Олеговна, Морозова Елена Сергеевна</i>	49
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ СЕТИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ <i>Каширская Янина Андреевна, Москвичева Ксения Валерьевна</i>	52

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЕ <i>Климович Олеся Андреевна</i>	55
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЦИФРОВОГО МАРКЕТИНГА <i>Кравцова Дарья Александровна</i>	58
ЦИФРОВОЙ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЗАДАЧИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Кувшинов Илья Сергеевич</i>	61
УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ПРОДАЖИ ЛЕКАРСТВ <i>Кузнецова Екатерина Витальевна, Лысикова Анна Александровна</i>	64
ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В РАМКАХ ЭКОСИСТЕМЫ ЦИФРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Николаев Виталий Александрович</i>	66
ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ <i>Орлова Анастасия Петровна, Днепровская Ирина Валерьевна</i>	70
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТОВ ЦИФРОВИЗАЦИИ В ЭКОНОМИКЕ РОССИИ <i>Поворина Алена Владимировна</i>	74
ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НОВАЯ ПАРАДИГМА ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА <i>Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна, Майстер Регина Алексеевна</i>	78
РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Пономарев Сергей Вадимович</i>	81
ПАНДЕМИЯ COVID-19 КАК ДРАЙВЕР РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В РОССИИ <i>Рубцова Марина Константиновна</i>	85
ПРОЕКТИРОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ ДВОЙНИКОВ: ПОДХОДЫ, МЕТОДЫ И ИНСТРУМЕНТЫ <i>Саева Эльвина Зифилевна, Орлова Екатерина Владимировна</i>	89
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ И ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ <i>Сальникова Наталия Анатольевна</i>	92
ЦИФРОВАЯ АПТЕКА – ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ <i>Самошина Екатерина Андреевна</i>	96
ОСОБЕННОСТИ ЦИФРОВИЗАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Смирнов Александр Викторович, Гацан Владимир Владимирович, Бандура Александр Феликсович, Кодониди Максим Иванович</i>	98

ЦИФРОВИЗАЦИЯ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Сосновская Анна Владимировна</i>	102
ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ <i>Тошбоев Айёмжон Наимжонович</i>	105
КОРПОРАТИВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ <i>Уразбахтина Юлия Олеговна, Камалова Камилла Рифовна, Месропян Арсен Владимирович, Ахмадеева Лейла Ринатовна</i>	107
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ЭТАПЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ <i>Щетинина Надежда Александровна, Маркосян Заруи Самвеловна, Черных Екатерина Александровна</i>	110
СЕКЦИЯ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	113
THE ROLE OF A MANAGER IN HEALTHCARE <i>Siddhant Patil (Индия)</i>	113
ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГУЗ «БОЛЬНИЦА № 16» <i>Алейникова Татьяна Владимировна</i>	116
ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ <i>Аносова Людмила Сергеевна, Агафонов Алексей Михайлович</i>	125
ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ НА ПРИМЕРЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ <i>Волкова Оксана Александровна, Смирнова Елена Викторовна</i>	129
НОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЧИСЛО ОБОСНОВАННЫХ ЖАЛОБ КАК КРИТЕРИЙ ЕЁ ОЦЕНКИ <i>Волкова Оксана Александровна, Смирнова Елена Викторовна</i>	132
ПАРТНЕРСТВО НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Воронкова Ольга Юрьевна</i>	135
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Думенко Светлана Юрьевна</i>	140
БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Евстафьева Елизавета Витальевна</i>	143

РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТОВ РФ ВО ВРАЧАХ ЛЕЧЕБНОЙ ГРУППЫ <i>Иванова Татьяна Борисовна</i>	146
БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Каширская Янина Андреевна, Максименкова Анна Владимировна</i>	148
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ <i>Косинова Наталья Николаевна, Попова Мария Юрьевна</i>	151
РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Кочишвили Ксения Викторовна</i>	155
ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» В ГУЗ «КП №1» Г. ВОЛГОГРАД <i>Курсеков Иван Сергеевич</i>	159
ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК И КАБИНЕТОВ <i>Ласковский Александр Анатольевич</i>	164
МОТИВАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Мищенко Ирина Михайловна, Кочишвили Ксения Викторовна</i>	168
НЕОБХОДИМОСТЬ МОДЕЛИРОВАНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ <i>Орлов Федор Викторович, Эжаев Ахмед Висханович</i>	171
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Павлов Даниил Олегович</i>	173
ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАНСПОРТНЫЙ ОТДЕЛ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Сазонов Станислав Станиславович</i>	176
ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАНСПОРТНЫЙ ОТДЕЛ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Сазонов Станислав Станиславович</i>	179
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРОЙ В УСЛОВИЯХ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ <i>Санникова Ольга Анатольевна</i>	182
РУКОВОДСТВО. АЛГОРИТМ, ТЕХНИКА, ПРИЕМЫ И МЕТОДЫ РУКОВОДСТВА. ПРИНЯТИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Сваволюк Антонина Николаевна</i>	185

ИЗУЧЕНИЕ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ <i>Сваволюк Антонина Николаевна</i>	189
ИНСТРУМЕНТЫ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В РАЗВИТИИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА <i>Свиридова Ирина Валерьевна</i>	195
АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ В ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) <i>Суворова Анна Николаевна</i>	199
УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМ КАПИТАЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: МЕХАНИЗМЫ, МЕТОДЫ, ИНСТРУМЕНТЫ <i>Федосеев Даниил Максимович</i>	202
Проблемы СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Шелкова Мария Сергеевна</i>	204
СЕКЦИЯ 3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ	208
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ТВОРЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС <i>Голиков Вячеслав Владимирович</i>	208
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Ибрагимова Аделина Актасовна</i>	212
«БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО» В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ <i>Изотова Екатерина Михайловна</i>	214
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ <i>Исаков Михаил Ервандович</i>	218
АНАЛИЗ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ <i>Кандыба Софья Константиновна</i>	222
АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Китаева Анастасия Владимировна</i>	225
ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В СИСТЕМЕ ВЫДАЧИ ЛЬГОТНЫХ РЕЦЕПТОВ ПАЦИЕНТАМ <i>Маклаков Кирилл Игоревич</i>	229
ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2014–2021 ГОДАХ <i>Мартынова Арина Олеговна, Коваленко Ирина Владимировна</i>	232

ОЦЕНКА ВКЛАДА БИЗНЕСА В РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИКИ РЕГИОНОВ РОССИИ ЧЕРЕЗ «ЗЕЛЕНЫЕ» ИНВЕСТИЦИИ И ИННОВАЦИИ <i>Ситникова Светлана Евгеньевна</i>	236
--	-----

**СЕКЦИЯ 4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ**..... 240

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ <i>Аветисян Артем Левонович</i>	240
--	-----

МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРЕ. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ <i>Даниленко Евгений Евгеньевич, Федоров Артём Михайлович</i>	244
--	-----

МОШЕННИЧЕСТВО В СФЕРЕ ИМУЩЕСТВЕННЫХ НАЛОГОВЫХ ВЫЧЕТОВ ПО НДФЛ <i>Ивко Милана Сергеевна, Поздняк Екатерина Вадимовна, Рубцова Марина Константиновна</i>	248
--	-----

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Москвичёва Ксения Валерьевна, Каширская Янина Андреевна</i>	251
---	-----

ПОДОХОДНЫЙ НАЛОГ НА РОБОТОВ: ПЕРСПЕКТИВА ВНЕДРЕНИЯ <i>Кувшинов Илья Сергеевич</i>	254
--	-----

СПОСОБЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ЭФФЕКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ <i>Кувшинов Илья Сергеевич</i>	256
---	-----

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ И РАЦИОНАЛЬНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ <i>Кулешова Лидия Дмитриевна, Медведева Ксения Григорьевна</i>	259
---	-----

ВОДНЫЙ НАЛОГ КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОДНЫХ РЕСУРСОВ ГОСУДАРСТВА <i>Меньшакова Мария Николаевна, Вейгендт Валерия Викторовна</i>	263
--	-----

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЦЕНООБРАЗОВАНИЕМ КАК ИНСТРУМЕНТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Слащев Евгений Викторович</i>	265
--	-----

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОМС В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Фарманян Кристина Робертовна</i>	269
--	-----

СЕКЦИЯ 5. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:	
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ	272
ANTI-CANCER ACTIVITY OF NEW AZOLOAZINES DERIVATIVES AND EPIRUBICIN IN VIVO AND IN VITRO AGAINST HUMAN BREAST CANCER CELL LINES <i>Ahmed Hamid Al-Humairi</i>	272
PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE: MAIN PROBLEMS AND INDICATORS <i>Madeswaran Anbuselvan</i>	276
HEALTH CARE PROBLEMS AND INDICATORS <i>Nandhini Muniyappan</i>	279
PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE: MAIN PROBLEMS AND INDICATORS <i>Thumma Rock Sagayaraj Yashmin Sabastina</i>	281
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРИ СОЗДАНИИ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ <i>Абдреева Юлия Ивановна, Гинсбург Мария Владимировна, Максимова Маргарита Николаевна</i>	283
НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У СУДОСТРОИТЕЛЕЙ <i>Абрамов Арсений Артемович</i>	287
ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Абрамова Дарья Алексеевна</i>	289
ПРОБЛЕМЫ АНТИКОРОНАВИРУСНОЙ ПРОПАГАНДЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ <i>Абросимова Дарья Андреевна, Варнакова Екатерина Владимировна</i>	291
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ТРАВМАТОЛОГИЯ – ОРТОПЕДИЯ» НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Абубакаров Шамиль Махамад-Саидович</i>	295
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Аглиуллин Рушан Шамилович, Сангаджиев Манджи Саврович, Нетфуллов Ринат Зельфетович, Сангаджиева Альбина Рамилевна</i>	297
ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ ОПЕРАТОРОВ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ТЕХНИКИ <i>Бабичев Данила Васильевич</i>	299
НЕОБХОДИМОСТЬ ЗЕЛЕННОЙ ЭКОНОМИКИ В МОНГОЛИИ <i>Батсайхан Индра</i>	303

СТАНОВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВО ФРАНЦИИ В XIX ВЕКЕ <i>Белова Любовь Ивановна, Чернышева Ирина Валерьевна</i>	306
СОБЛЮДЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОНМК КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ III ЭТАПА <i>Березнова Владлена Александровна</i>	311
ОТКЛОНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ ОТ ТРЕНДОВЫХ В 2020–2021ГОДЫ <i>Болдина Марина Юрьевна</i>	314
РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПТА «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» В СРЕДЕ СОВРЕМЕННЫХ РУССКИХ И АНГЛОГОВОРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ <i>Брейгер Юлия Михайловна</i>	317
ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Захарова Мария Александровна, Чусовлянова Светлана Викторовна</i>	320
ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ <i>Кузьмина Ирина Владимировна</i>	323
АКТУАЛЬНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА <i>Кулакова Дарья Валерьевна</i>	326
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Мирпулатова Ситора Тошпулат кизи, Мухамедов Иброхим Шароф угли</i>	328
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ТВЕРИ <i>Морозов Артем Михайлович, Потоцкая Лидия Аурелиевна, Соболь Елизавета Алексеевна</i>	332
СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ И ФЕРМЕНТОВ ЦИТОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ЗУБА <i>Рахимжонова Малика Бахтиеровна</i>	335
РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Романкова Юлия Николаевна</i>	338

ЭКОЛОГИЧНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА <i>Савченко Светлана Николаевна</i>	342
СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Тынянкин Владимир Андреевич</i>	345
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РГБЛПУ «РПЦ» КЧР ПО КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА ЗА 2020 ГОД <i>Хаджилаева Фатима Далхатовна, Батчаев Арафат Аубекирович</i>	348
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ – ВЗГЛЯД ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ <i>Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна, Емельянова Ольга Сергеевна, Симаков Станислав Владимирович, Заклякова Виктория Денисовна</i>	350
АНАЛИЗ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПРИ ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ <i>Шошинов Игорь Геннадьевич</i>	353
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ <i>Эртель Людмила Александровна</i>	356
СЕКЦИЯ 6. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	360
BIOETHICAL PROBLEMS IN MEDICAL CARE <i>Veeramalai Gounder Mathiyalagan Charles</i>	360
НРАВСТВЕННОСТЬ МЕДПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID -19 <i>Зухурова Шахинабону Сидиковна, Гизатуллин Раис Хамзаевич, Ахмадеева Лейла Ринатовна</i>	362
СПЕЦИФИКА КОНФЛИКТОВ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ <i>Кадырова Алия Кабировна</i>	366
УВАЖЕНИЕ УЯЗВИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА В БИОЭТИКЕ <i>Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна, Попенко Кирилл Артемович</i>	371
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ В ДИАЛОГЕ “ВРАЧ – ИНОСТРАННЫЙ ПАЦИЕНТ” <i>Гуревич Максим Леонидович, Соцкова Марианна Александровна</i>	374

СЕКЦИЯ 7. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ	377
ИССЛЕДОВАНИЕ КОНКУРЕНЦИИ НА РЫНКЕ СЕТЕЙ БЫСТРОГО ПИТАНИЯ <i>Барышникова Анастасия Алексеевна, Барчаев Загиди Икранович</i>	377
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БРЕНДИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОССИИ <i>Блинова Валерия Александровна</i>	381
СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ В ПРОДВИЖЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИК <i>Вейгендт Валерия Викторовна</i>	385
НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Великороссов Владимир Викторович, Генкин Евгений Викторович, Балаханова Дарико Кенжебаевна</i>	387
МАРКЕТИНГ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ <i>Галкина Алёна Олеговна, Даниленко Евгений Евгеньевич</i>	394
ОРГАНИЗАЦИЯ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ В СОВРЕМЕННОЙ АПТЕКЕ <i>Ганц Элеонора Андреевна, Сбойчакова Диана Ираклиевна</i>	397
МОДЕЛЬ ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕОМАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Герасименко Ольга Александровна</i>	400
ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Григорян Артур Вагинакович</i>	404
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Гусева Ксения Александровна, Гукова Екатерина Олеговна</i>	408
МАРКЕТИНГ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Дуйжанова Эльмира Шамбилбековна</i>	411
МАРКЕТИНГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Жарасханова Орнай Жайылханкызы</i>	414
СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ИНСТРУМЕНТ РЕКЛАМНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Заволочкина Ксения Александровна, Мананкова Виктория Викторовна</i>	417
ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕДУРЫ БЕНЧМАРКИНГА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ <i>Заикина Марина Васильевна</i>	421

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПЛАТФОРМА ДЛЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Зейналы Рафаэль Риза оглы</i>	425
ЯНДЕКС.МЕТРИКА КАК ИНСТРУМЕНТ АНАЛИТИКИ ВЕБ-САЙТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА «ЭНДОВИЗИОН») <i>Зейналы Рафаэль Риза оглы</i>	427
ВРАЧИ-БЛОГЕРЫ: НА КОГО ПОДПИСАТЬСЯ, ЧТОБЫ ПРАВИЛЬНО ЗАБОТИТЬСЯ О ЗДОРОВЬЕ <i>Зейналы Рафаэль Риза оглы, Поздняк Екатерина Вадимовна</i>	429
РЫНОК СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ В РОССИИ <i>Ибрагимова Марха Вахидовна, Каграманова Милана Эдуардовна</i>	431
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Каден Петр Андреевич</i>	433
ИЗУЧЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ СПРОСА НА КОФЕИНОСОДЕРЖАЩИЕ НАПИТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ СУТОК <i>Калинова Анастасия Евгеньевна</i>	435
АНАЛИЗ КОНЪЮНКТУРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2014–2021 ГОДАХ <i>Князян Карина Грачиловна, Жаркова Светлана Игоревна</i>	438
ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРЕТИГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Кувшинов Илья Сергеевич</i>	442
ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Кукина Елена Николаевна</i>	445
РЕКЛАМА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Легенькова Надежда Михайловна</i>	448
ОСОБЕННОСТИ И ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНЕ <i>Лисина Оксана Алексеевна</i>	451
УПРАВЛЕНИЕ БРЕНДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Манджиева Аюна Арсланговна</i>	456
К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ МАРКЕТИНГЕ В ПРОВИНЦИАЛЬНОМ ГОРОДЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ВОРОНЕЖЦЕВ) <i>Масалова Ольга Олеговна, Юрченко Анастасия Сергеевна</i>	459

ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ «ДИАЛАЙН» <i>Меньшакова Мария Николаевна</i>	462
СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ (НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) <i>Мержоев Берс Тагирович, Грозенок Алина Владимировна</i>	465
ИНСТРУМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО МАРКЕТИНГА В ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ <i>Морозова Елена Анатольевна</i>	468
ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОММУНИКАЦИЯМ НА РЫНКЕ ЧАСТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ <i>Сафронова Юлия Станиславовна</i>	471
РАЗВИТИЕ ИНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГА В ПРОДВИЖЕНИИ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ <i>Сергеева Евгения Александровна</i>	475
ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОТРЕБИТЕЛЕМ БЕЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И АЛГОРИТМ ЕЁ РАЗРЕШЕНИЯ <i>Солянникова Елизавета Андреевна, Санджиева Александра Витальевна, Балычева Анна Романовна</i>	479
МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ <i>Сушилина Наталья Александровна</i>	483
ВЛИЯНИЕ МАРКЕТИНГА НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Черноусов Ярослав Олегович</i>	487
ЭКСПОРТ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ <i>Шардина Анастасия Вячеславовна</i>	490
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ SIVA В МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА) <i>Князев Сергей Александрович</i>	493
СЕКЦИЯ 8. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	498
SOCIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF HEALTHCARE MANAGEMENT <i>Deerika Muthuraman</i>	498

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КОМБИНАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ФАКТОРОВ ВЛИЯНИЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ <i>Денисов Андрей Павлович</i>	501
РОЛЬ ПОТРЕБНОСТЕЙ В СТРУКТУРЕ МОТИВАЦИИ <i>Казанков Юрий Владимирович</i>	505
АНКЕТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ <i>Кравцова Екатерина Дмитриевна</i>	510
АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Лебедева Инна Сергеевна</i>	513
ПОЛИСУБЪЕКТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Шипилова Алина Сергеевна</i>	517
ПСИХОГЕНЕТИКА ГЕНИАЛЬНОСТИ ВЫДАЮЩИХСЯ ЛИЧНОСТЕЙ В ИССЛЕДОВАНИЯХ В. П. ЭФРОИМСОНА <i>Шкугаль Яна Александровна</i>	520
СЕКЦИЯ 9. ПАНДЕМИЯ COVID 2019: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	524
EFFECTS OF COVID-19 PANDEMIC FOR INDIAN ECONOMY <i>Ganesh Dhavan (Индия)</i>	524
NEW TASKS FOR ROBOTS IN MEDICAL HOSPITALS IN THE COVID-19 PANDEMIC <i>Kushal Dikkar (Индия)</i>	527
POSSIBLE EFFECTS OF CORONAVIRUS ON THE MENTAL HEALTH, ECONOMY AND SOCIAL ACTIVITY <i>Гучиан Мехрnaz (Иран)</i>	530
МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Абросимова Дарья Андреевна, Варнакова Екатерина Владимировна</i>	533
ОПЫТ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ВГМУ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО НА ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ПО БОРЬБЕ С COVID-19 КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ <i>Анохина Юлия Михайловна, Ходарина Юлия Валерьевна</i>	536
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА ИНДУСТРИЮ СПОРТА <i>Астахова Екатерина Витальевна</i>	539

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) <i>Беликова Екатерина Владимировна, Лившиц Владимир Евгеньевич</i>	542
РЫНОК ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО КРЕДИТОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Владиминова Татьяна Андреевна, Стасишина Юлия Витальевна</i>	546
АНАЛИЗ МЕТОДОВ МАТЕРИАЛЬНОЙ И НЕМАТЕРИАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ <i>Городова Юлия Владимировна, Корнилова Анастасия Сергеевна</i>	550
КРИЗИС ПОЛУПРОВОДНИКОВ, ВОЗНИКШИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Даниленко Евгений Евгеньевич, Гурбич Елизавета Владиславовна</i>	555
ВАКЦИНАЦИЯ КАК ЭТИЧЕСКИЙ ВЫЗОВ: МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ <i>Доника Алена Димитриевна</i>	559
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НА ДОДИПЛОМНОЙ СТАДИИ <i>Еремина Мая Владимировна</i>	562
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ СРЕДСТВ В ВУЗЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Ефремова Наталия Владимировна, Чигринова Екатерина Александровна</i>	565
ОРГАНИЗАЦИЯ ВНЕАУДИТОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Ефремова Наталия Владимировна, Чигринова Екатерина Александровна</i>	567
ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ <i>Жирякова Екатерина Фёдоровна, Беспалова Ксения Алексеевна</i>	570
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОРГОВЫХ ПЛОЩАДОК В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ (COVID-19) КАК АЛЬТЕРНАТИВА КЛАССИЧЕСКИМ ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИНАМ <i>Залипаева Елена Михайловна</i>	573
COVID-19 КАК ДРАЙВЕР РОСТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА <i>Ивко Милана Сергеевна, Рубцова Марина Константиновна</i>	577
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СНАБЖЕНИЕ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 <i>Калинин Игорь Викторович, Кабакова Таисия Ивановна, Гацан Владимир Владимирович</i>	580
РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ (НА ПРИМЕРЕ ПАНДЕМИИ COVID-19) <i>Карелина Дарья Александровна, Рудова Юлия Владимировна</i>	583

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ СПОРТ И ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Китов Даниил Дмитриевич</i>	587
ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕГОВОРНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Кодобаева Светлана Маратовна</i>	590
ВОСТРЕБОВАННОСТЬ И РИСКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Куникин Владимир Александрович, Агагюлов Эмир Имранович, Исаев Гаджи Магомедович</i>	594
НЕМАТЕРИАЛЬНОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРИОД БОРЬБЫ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ) <i>Лифиц Аглая Михайловна</i>	598
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ <i>Луконина Дарья Владимировна, Орлова Ксения Дмитриевна</i>	602
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ СПРОСА ТАКСИ В ПАНДЕМИЮ <i>Мелихова Мария Алексеевна, Бурдин Сергей Антонович</i>	605
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОПЫТ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ НА ДОМУ В ГОРОДЕ КУРСКЕ <i>Мешкова Анна Дмитриевна</i>	608
ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Мясникова Марина Владимировна</i>	611
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID 2019 НА ЭКОНОМИКУ ИОРДАНИИ <i>Обейдат Мохаммад Хуссейн Ахмад (Иордания)</i>	613
ПРОБЛЕМЫ УСТРОЙСТВА ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ COVID-19 <i>Омарова Наргиз Мурадовна, Тихонова Алёна Игоревна</i>	616
ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГА В РОССИИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ COVID-19 <i>Рубцова Марина Константиновна</i>	619
СОВРЕМЕННОЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО И УРОКИ ПАНДЕМИИ <i>Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич</i>	622
ПРОФЕССИОНАЛЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ – ВРАЧИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Соловьев Николай Владимирович</i>	626

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ <i>Страшко Ирина Александровна</i>	628
ПАНДЕМИЯ COVID-19: ОПЫТ ЧАСТНОГО СТАЦИОНАРА <i>Ус Ольга Александровна, Чепурина Наталья Геннадьевна, Бушенева Светлана Николаевна</i>	631
ПАНДЕМИЯ COVID-19: ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Харитонова Виктория Станиславовна, Землянская Ирина Сергеевна</i>	633
САНИТАРНЫЙ КРИЗИС COVID-19: ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ (УРОКИ ФРАНЦИИ) <i>Черноуцан Елена Михайловна</i>	635
ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Шарафиева Элиза Радимовна</i>	639
ДИНАМИКА АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Шкуратова Мария Владимировна</i>	642
СЕКЦИЯ 10. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ И ПРОЦЕССОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	646
ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КОНЦЕПЦИЙ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА (LEAN-ТЕХНОЛОГИЙ) В СИСТЕМУ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Верле Ольга Владимировна</i>	646
ДЕЛОВАЯ ИГРА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Князева Марина Александровна</i>	650
САМОМЕНЕДЖМЕНТ КАК ИНСТРУМЕНТ АДАПТАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>Кондрашова Рута Юргисовна, Поплавская Ольга Викторовна</i>	654
ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН: МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ <i>Рублева Алёна Игоревна, Головкова Дарья Витальевна</i>	657
АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ВолгГМУ НА РЫНКЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ <i>Чеканин Игорь Михайлович</i>	661
ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Шевякова Ирина Александровна</i>	668

СЕКЦИЯ 1. ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

УДК 65.012.7

NEURAL NETWORK ERA IN PROVIDING RURAL RESIDENTS WITH MEDICAL SERVICES

Medvedeva Lyudmila¹, Shalaeva Svetlana², Medvedeva Ksenia²

¹Russian Federation, Volgograd State Technical University

²Russian Federation, Volgograd State Medical University

In the conditions of the crisis caused by the COVID-19 pandemic, the creation of conditions for normal life, the provision of high-quality medical services to rural residents is very relevant. 37.4 million people live in rural areas of Russia (25.4 %), of which 11.7 million are pensioners. Most of the rural settlements do not have a highly developed communication and engineering infrastructure, which does not meet the needs of the population [1]. In the Program of the Government of the Russian Federation for the development of rural areas until 2030, it is noted that climate change, turbulence of world markets, the use of digital technologies on the platforms "Biotech-2030", "Bioenergy", "Healthy food products" will become vectors of development.

The duration of a person's life and work activity is largely determined by the state of his health. In Germany, Great Britain and Canada, the EuroQol EQ-5D Scale (EQ-5D) methodology is used to assess the labor potential of older people. It is a research tool based on the understanding that the state of health is determined by the quality of life. According to the EQ-5D Methodology, the health of the elderly is measured by mobility, daily activity and peace of mind. Research by Volgograd scientists has shown that the rural population has formed several approaches to determining the values of landmarks: the first is following the established usage; the second is aspiration to improve social status; the third

is strengthening spiritual orientation; the fourth is strengthening practicality in using the achievements of the STR. In the conditions of isolation caused by COVID-19, a new type of behavior of an elderly person began to take shape: the desire to ensure the safety of oneself and family members, increased attention to the importance of other people, which increases the requirement for oneself, reducing contacts with people who cause irritation, expanding the circle of productive useful relationships. It is possible to improve the quality of life of rural pensioners through the introduction of a state social standard consisting of two blocks: providing a rural resident with a certain set of goods and services guaranteed by the state; establishing a standard of living based on calculated norms for a number of vital indicators, including telemedicine services. Computer technologies will provide control over the implementation of standards, monitor human health, and determine mood and mental state, which is important during the COVID-19 pandemic. The emerging neural network era leads to the formation of an integrative mega-network "Neuronet" with neural interfaces. It is predicted that the volume of the Neural network market will amount to \$ 2 trillion by 2035. Russia is developing its own neural network platform.

The beginning of telemedicine in Russia can be considered teleconsultations from the Scientific Center of Cardiovascular Surgery named after A. N. Bakulev in 1997. Today, a common type of teleservices in the field of healthcare is to make an appointment with a doctor through a personal account on the portal of public services. The rapidly developing segment of the Neural Network is neuromedicine, genetic engineering, the use of artificial organs and biomaterials [2].

According to forecasts, the digital medical services market will reach \$6 billion by 2022. Telemedicine works in two directions: "doctor – doctor", in which health issues are solved, and "patient – doctor", when information is exchanged between a doctor and a patient. With the help of telemedicine, rural residents also receive more and more consultations (in 2020, the increase was 19%) [3]. The doctor can remotely prescribe tests so that the patient comes to the appointment with ready-made results. Telemedicine allows you to reach the most remote places, save time, and reduce the risk of infection in a pandemic. The main disadvantages of telemedicine include: the inability to examine the patient in person, which is the success of an accurate diagnosis, the high

cost of equipment, vulnerability to cyber-attacks, and inconsistency in the management of equipment from different manufacturers [4].

Telemedicine services are provided by specialized services: Doc Plus, "Online Doctor", ONDOC, "Yandex. Health", Qapsula. Sberbank PJSC is showing interest in the telemedicine market, which acquired 79.6% of the DocDoc project. Figure 1 shows a screenshot of a doctor's appointment at the Nova Vita Clinic (Volgograd, Russia).

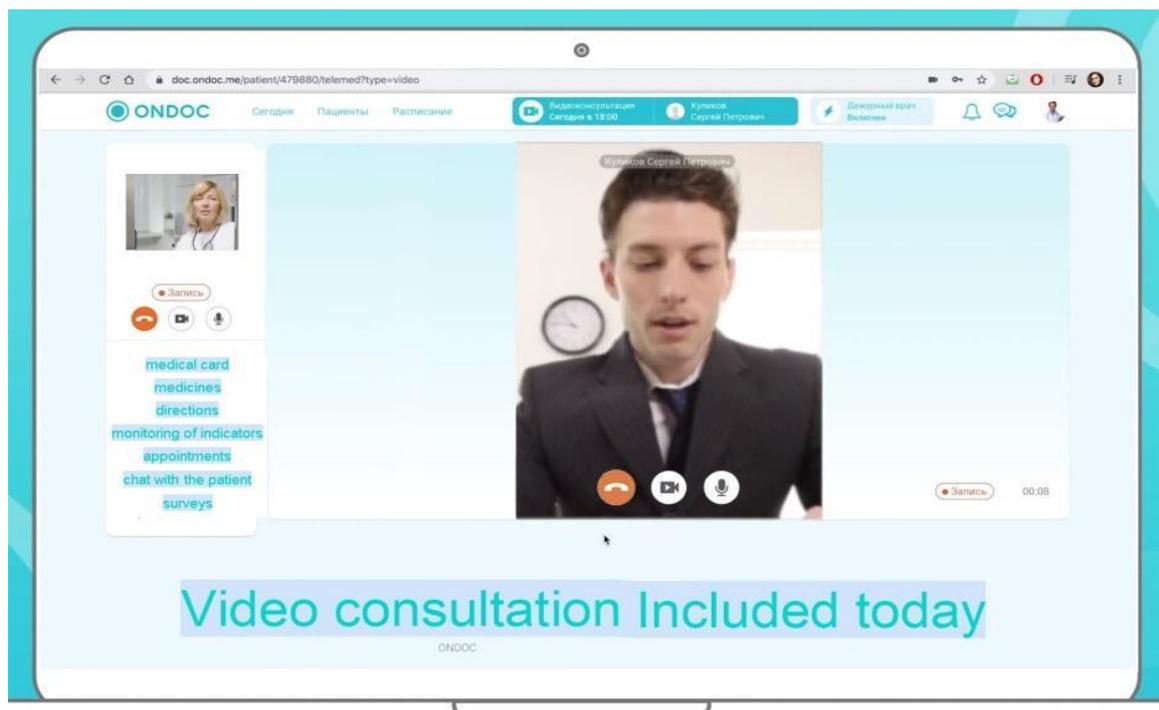


Figure 1. Screenshot of the ONDOC program window: reception of a patient by a doctor

At CES 2021, scientists from Japan presented a smart watch capable of measuring blood sugar levels without a puncture on the skin. Today's smart watches allow you to measure the pulse, oxygen saturation of the blood, do an ECG. For the elderly, in case of a sharp deterioration in health, smart watches are able to call an ambulance. WHO has formulated a basic requirement for telemedicine – the provision of medical services when distance is a critical factor for human health and life. The starting point in the promotion of telemedicine is the definition of its place in modern healthcare. It is possible to predict ways of adaptation of telemedicine to socio-economic processes with the help of neural network technologies, a computer program – STATISTICA Neural Networks [2]. The use of artificial intelligence, neural networks and cognitive modeling should be

noted as modern approaches to modeling processes in healthcare. The task of modeling is to obtain scenarios for the development of telemedicine at the federal and regional levels.

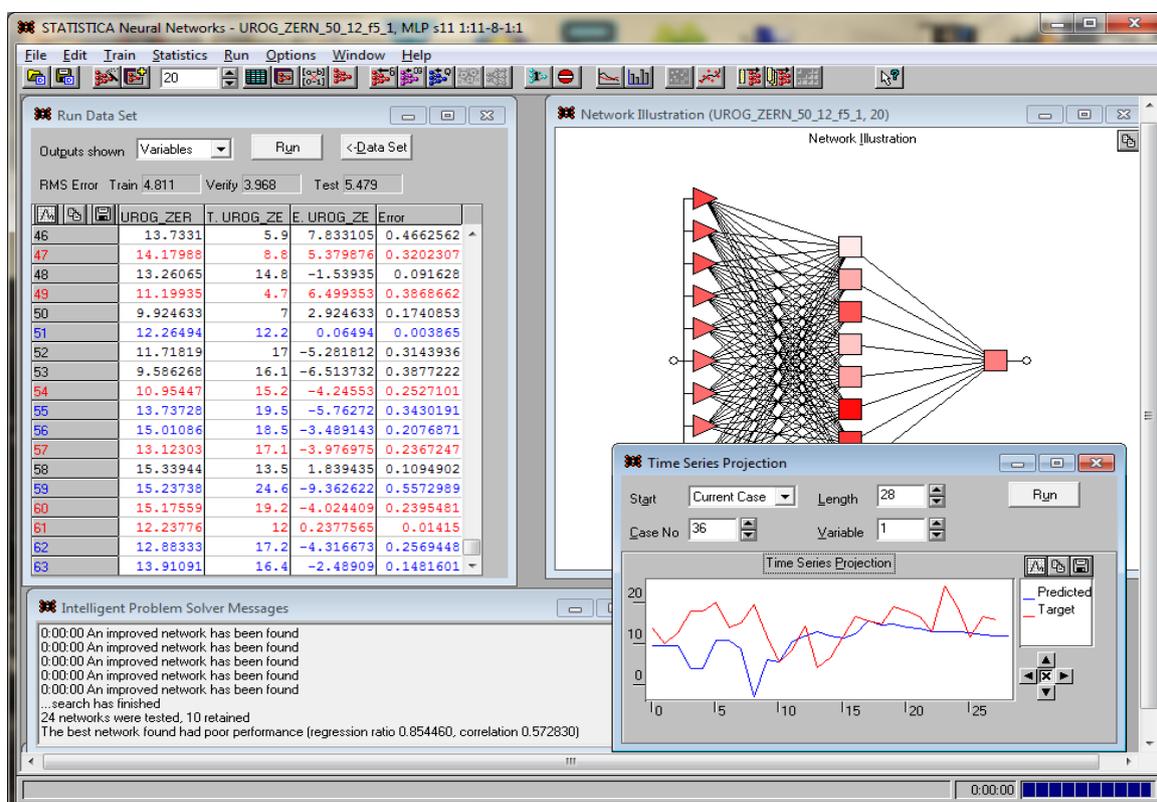


Figure 2. Working interface windows for telemedicine forecasting

REFERENCES

1. Rogachev, A. F., Medvedeva, L. N., Timoshenko, M. A., Tokarev, K. E., Shiro M. S. Using computer modeling during evaluation of socio-labor potential of the region // *Advances in Intelligent Systems and Computing*. – 2019. – Vol. 726. – pp. 989-1004.
2. Medvedev, A.V., Medvedeva, L.N., Moskovets, M.V., Shalaeva, S.S. Neural network, ecological ecotone and telehealth in the development of rural areas during the crisis period caused by the pandemic Covid-19 // *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 2021, 786(1), 012032
3. Kozyreva P.M., Smirnov A.I. Problems of medical care in rural areas// *Humanitarian of the South of Russia*. – 2018. – №4. – S. 33-49/
4. Rozhkova E.V. Telemedicine in the context of the availability of medical care in Russia // *Population and Economy*. – 2018. – No. 2. [Electronic resource] URL: <https://medaboutme.ru>. Date of treatment – 20.10.21.

DIGITAL HEALTHCARE – A NEW PARADIGM OF MANAGEMENT

Shehata Nada Galal Zaki

India, Russia, Volgograd State Medical University

Scientific supervisor: Candidate of Economics,

Associate Professor Svetlana Soboleva

Digital health is a discipline that includes digital care programs, technologies with health, healthcare, living and society to enhance the efficiency of healthcare delivery and to make medicine more personalized and precise. It uses information and communication technologies to facilitate understanding of health problems and challenges faced by people receiving medical treatment and social prescribing in more personalised and precise ways.

Digital health technologies include both hardware and software solutions and services including telemedicine, wearable devices, augmented reality and virtual reality. Generally, digital health interconnects health systems to improve the use of computational technologies, smart devices, computational analysis techniques and communication media to aid healthcare professionals and their patients manage illnesses and health risks as well as promote health and wellbeing.

Although digital health platforms enable rapid and inexpensive communications, critics warn against potential privacy violations of personal health data and the role digital health could play in increasing the health and digital divide between social majority and minority groups, possibly leading to mistrust and hesitancy to use digital health systems.

Worldwide adoption of electronic medical records has been on the rise since 1990 and is closely correlated with the existence of universal health care. Digital health is a multi-disciplinary domain involving many stakeholders, including clinicians, researchers and scientists with a wide range of expertise in healthcare, engineering, social sciences, public health, health economics and data management.

As an outgrowth of the Digital Revolution characterized by “the mass production and widespread use of digital logic circuits, and its derived technologies, including the computer, digital cellular phone and the Internet,”

key elements of digital health include wireless devices, hardware sensors and software sensing technologies, microprocessors and integrated circuits, the Internet, social networking, mobile/cellular networks and body area networks, health information technology, genomics and personal genetic information.

Technologies: Digital health technologies come in many different forms and extend into various parts of healthcare. As new technologies develop, digital health as a field, respectively transforms. The three most popular domains of digital health technologies include telemedicine, wearable technologies and augmented and virtual reality.

In fact some of these technologies are being propelled by the startup space which has been followed via Internet or online media sources such as podcasts on digital health entrepreneurs.

Telemedicine: Telemedicine is one of the broadest areas of digital health. It encompasses the digitization of medical records, remote care, appointment booking, self-symptom checkers, patient outcome reporting and many others. Digital and remote clinics are commonly used to provide quick, nonurgent consultations that save both the patients and doctors time. Especially with the COVID-19 pandemic, this type of treatment has become the primary way doctors are seeing their patients and may be as effective as face to face appointments. This type of digital treatment keeps both parties safe and is a reliable method that physicians plan to use for routine checks even after the pandemic ends.

Telemedicine also covers online health records where both patients and doctors have access to the relevant information at all times. All this digital information means that patient data is accessible to healthcare professions and can be analyzed to create better and smarter.

Wearable technology: Wearable technology comes in many forms including smartwatches and on-body sensors. Smartwatches were one of the first wearable devices that promoted self-monitoring and were typically associated with fitness tracking. Many record health-related data, such as "body mass index, calories burnt, heart rate, physical activity patterns". Beyond smartwatches, researchers are developing smart-related bodywear like patches, clothes and accessories to administer "on-demand drug release".

These technologies are used to gather data on patients at all times during the day. Since doctors no longer need to have their patients come into the office to collect the necessary data, the data can lead to better treatment plans and patient monitoring. Doctors will have better knowledge into how well a certain medication is performing. They will also be able to continuously learn from this data and improve upon their original treatment plans to intervene when needed.

Innovation cycle: The innovation process for digital health is an iterative cycle for technological solutions that can be classified into five main activity processes from the identification of the healthcare problem, research, digital solution and evaluating the solution to implementation in working clinical practices.

Digital health may incorporate methods and tools adopted by software engineering such as design thinking and agile software development. These commonly follow a user-centered approach to design which are evaluated by subject-matter experts in their daily life using real-world data.

International Standards: At an intergovernmental level, the World Health Organization is the United Nations Specialized Agency for health, and the International Telecommunication Union is the UN Specialized Agency for ICTs, the Agencies collaborate in their work on digital health such as the H.870 standard on safe listening as well as the ITU-WHO Focus Group on Artificial Intelligence for Health, a subsidiary of the ITU-T Study Group 16.

U.S. Food and Drug Administration: In 2019, the FDA published a Digital Health Innovation Action Plan that would reduce inefficiencies for physicians in an effort to cut overhead costs, improve access, increase quality of service and make medicine more easily adapted for each person. Topics within the innovation plan are wireless devices, telemedicine, software and cybersecurity, among others. According to FDA guidelines, if you release an app designed to help someone with a medical condition then that is considered a medical device.

The FDA cannot regulate all healthcare apps, so they use “enforcement discretion” and up until 2020, have chosen not to regulate all digital care programs and apps. However, programs that use the word treatment, seek to diagnose or treat a condition or are deemed unsafe, are and will be regulated by the FDA. During the COVID-19 pandemic, regulations and enforcement of digital psychiatry apps were relaxed to facilitate use and reduce in-person contact.

Institutional ageism: Ageism is the process of systemic discrimination against the elderly. As digital health becomes more prevalent in our society those who lack strong digital skills and the technical know-how needed to navigate these platforms will be put at a disadvantage. This doesn't just apply to current seniors. New digital technologies become popularized every year rendering older technology obsolete. This means that this digital divide will always be present, unless health companies actively work to try to minimize this gap. Not to mention, seniors are more prone to chronic health issues, meaning that they are one of the groups that has the greatest need for a digital health platform. They represent an untapped user group.

Lack of existing regulation: The COVID-19 Pandemic has brought to light the lack of existing regulation that exists in the digital health space. When looking at Electronic Health Record platforms (HER) the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 was the first comprehensive framework that aimed to protect the personal data of patients. It was recently amended in 2009 with the Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act which seeks to examine personal health data privacy laws through the lens of the private sector and increase enforcement of HIPAA. Critics of these acts claim that they don't go far enough as there are still around 600,000 types of businesses that can access patient data without explicit consent.

REFERENCES

1. Fadahunsi KP, O'Connor S, Akinlua JT, Wark PA, Gallagher J, Carroll C, et al. (May 2021). "Information Quality Frameworks for Digital Health Technologies: Systematic Review". *Journal of Medical Internet Research*. 23 (5): e23479. Doi: 10.2196/23479. PMC 8167621. PMID 33835034.
2. Fadahunsi KP, Akinlua JT, O'Connor S, Wark PA, Gallagher J, Carroll C, et al. (March 2019). "Protocol for a systematic review and qualitative synthesis of information quality frameworks in eHealth". *BMJ Open*. 9 (3): e024722. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-024722. PMC 6429947. PMID 30842114.
3. Chen CE, Harrington RA, Desai SA, Mahaffey KW, Turakhia MP (June 2019). "Characteristics of Digital Health Studies Registered in ClinicalTrials.gov". *JAMA Internal Medicine*. 179 (6): 838–840. Doi: 10.1001/jamainternmed.2018.7235. PMC 6547144. PMID 30801617.
4. Bhavnani SP, Narula J, Sengupta PP (May 2016). "Mobile technology and the digitization of healthcare". *European Heart Journal*. 37 (18): 1428–38. Doi: 10.1093/eurheartj/ehv770. PMC 4914890. PMID 26873093.

5. Widmer RJ, Collins NM, Collins CS, West CP, Lerman LO, Lerman A (April 2015). "Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis". *Mayo Clinic Proceedings*. 90 (4): 469–80. Doi: 10.1016/j.mayocp.2014.12.026. PMC 4551455. PMID 25841251.
6. Iyawa GE, Herselman M, Botha A (2016). "Digital Health Innovation Ecosystems: From Systematic Literature Review to Conceptual Framework". *Procedia Computer Science*. 100: 244–252. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.149.
7. El-Miedany Y (1 January 2017). "Telehealth and telemedicine: how the digital era is changing standard health care". *Smart Homecare Technology and TeleHealth*. 4: 43–52. doi: 10.2147/SHTT.S116009.
8. Amft O (January 2018). "How Wearable Computing Is Shaping Digital Health". *IEEE Pervasive Computing*. 17 (1): 92–98. doi: 10.1109/MPRV.2018.011591067. ISSN 1558-2590. S2CID 3921043.
9. Monaghesh E, Hajizadeh A (August 2020). "The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence". *BMC Public Health*. 20 (1): 1193. doi: 10.1186/s12889-020-09301-4. PMC 7395209. PMID 32738884.
10. Källander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, Strachan DL, Hill Z, ten Asbroek AH, et al. (January 2013). "Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low- and middle-income countries: a review". *Journal of Medical Internet Research*. 15 (1): e17. Doi: 10.2196/jmir.2130. PMC 3636306. PMID 23353680. Open access.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ЦИФРОВОГО ПОДХОДА
В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**
Архипов Виталий Сергеевич

*Россия, Астраханский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Шаповалова Марина Александровна*

Переход от аналоговых технологий к цифровым в стоматологической практике обеспечивает качество диагностики, лечения, профилактики и реабилитации стоматологической помощи населению, повышение уровня медицинской, социальной и экономической эффективности стоматологической услуги, экономической эффективности деятельности медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь. Создание и использование научных основ компьютерного моделирования лечебно-диагностических технологий для оказания стоматологической помощи позволяет одновременно решать задачи по планированию дизайна диагностики, лечения и реабилитации и эффективно использовать это на практике.

В ортопедической стоматологии цифровые подходы получили широкое распространение и развитие. Многолетняя ортопедическая практика показала, что большинство дефектов зубных рядов замещается с использованием съемных или несъемных зубных протезов. При аналоговом подходе их производство требует участия зубного техника и зуботехнического оборудования. В цифровом варианте используются технология оптического сканирования и CAD/CAM модуль. Все CAD/CAM системы состоят из трех основных функциональных компонентов: модулей для сканирования, проектирования, автоматизированного изготовления. При этом используется модуль для сканирования с получением цифровой модели, программный пакет с набором функций трехмерной визуализации полученной информации и моделирования виртуальной реставрации соответственно протезному полю с учетом его анатомо-функциональных характеристик, оборудование для изготовления реставрации. преимуще-

ственно это фрезерные станки для обработки стандартных промышленных заготовок материала в виде станков с числовым программным управлением, в которые загружается виртуальная NC-модель реставрации. Однако в настоящее время все шире внедряются новые аддитивные методы изготовления реставраций зубов.

Необходимость учета использования всех ресурсов в оказании стоматологических услуг и достижения достаточного уровня эффективности и рентабельности обуславливает потребность оценки применения цифровых технологий в организации и управлении процессами. В условиях реформирования здравоохранения, распространения процессов оптимизации, экономии ресурсов изучение цифровых подходов в организации стоматологической помощи населению является особенно актуальным [1, 2].

Сравнительная экономическая эффективность ортопедической стоматологической услуги с применением аналоговых и цифровых технологий показала 30 %-ную разницу между сравниваемыми подходами в пользу цифровых, характеризуя не только преимущества инновационных технических решений в организации ортопедической стоматологической услуги, но и участие в ее оказании высококвалифицированных специалистов, умеющих грамотно использовать новые технологии в ортопедической стоматологической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Огуль Л. А., Анопко В. П., Шаповалова М. А. Планирование стратегий ЛПУ // Наука Красноярья. – 2012. – Т.1. – № 5. – С. 60–68.
2. Хетагурова А. К., Шаповалова М. А., Огуль Л. А., Кашкарова И. А., Горелова Н. В. Управление качеством в медицине. – Астрахань, 2015. – 82 с.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бокова Римма Дмитриевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Цифровизация систем здравоохранения рассматривается экспертами как процесс, способный снизить темпы роста затрат на функционирование системы, повысить качество оказываемых медицинских услуг в краткосрочной и долгосрочной перспективе, повысить клиническую, социальную и экономическую эффективность, а также повысить доступность медицинской помощи.

Цифровая трансформация должна вести к кардинальному изменению подходов в организации работы медицинских организаций и органов власти с использованием цифровых технологий и алгоритмов [1]. Это своего рода процесс адаптации к новым условиям деятельности с учетом потребностей рынка и ожиданий потребителей услуг и сервисов. Без системной трансформации управленческих процессов, без кардинальной перестройки работы всей сферы здравоохранения масштабной отдачи от цифровизации обеспечить не получится [5].

Проблема несбывшихся ожиданий от внедрения тех или иных технологий госуправления свойственна российской практике с начала проводимых реформ. Негативные последствия усугубляются достаточно распространенными способами подгонки показателей и методик их сбора под запланированные ожидаемые эффекты, а также существенным сужением мер и мероприятий, применяемых для решения глобальных задач, до набора простейших форм бюрократического контроля и отчетности [6].

Отдельно нужно отметим проблему организации единой медицинской информационной системы, до сих пор не реализованную в полной мере ни одной страной. Важно не сканировать копии медицинской документации, а вносить информацию, доступную потом для анализа, для чего необходимы структурированные поля единых справочников.

В этой связи целесообразно обратиться к монографии 2013 года Института Медицины США (IoM), посвященной Обучающейся системе здравоохранения [8]. Данная монография содержит наиболее полное собрание исследований о предполагаемых эффектах единой информационной системы здравоохранения, модель системы, предложения по её развитию и внедрению. Модель построена на принципах пациентоцентрированного подхода, доказательной медицины и профилактики. Данная система направлена на постоянный сбор и анализ информации по оказанным медицинским услугам, в том числе в режиме реального времени, и диссеминацию полученных результатов. Применение такого рода системы позволит продвигать эффективные инновации в медицине и блокировать неэффективные или вредоносные продукты, так как решения будут основываться на фактах и доказательствах (evidence-based healthcare).

Использование Big Data и соответствующей аналитики, например, позволит агрегировать данные по лекарственным средствам, собирая побочные эффекты у определенных групп населения или возникающие при совместном приеме, не обнаруженные на стадии испытаний, находить наиболее эффективные сочетания лекарственных средств и методов лечения, кастомизировать курсы оказания медицинских услуг на основании индивидуальных особенностей пациентов.

На сегодняшний день цифровизация включает в себя развитие информационных технологий в медицине, расширение сфер применения IT-технологий (цифровые платформы, носимые приборы, коммуникационные технологии (включая телемедицинские технологии), облачные сервисы, новые методы диагностики и лечения, новые медицинские препараты и изделия медицинского назначения) [3, 4].

Практически все процессы, от непосредственного контроля и управления технологическим процессом до бизнес-планирования и документооборота, осуществляются с применением цифровых данных и цифровой инфраструктуры [8].

Проблема, связанная с формированием цифрового государственного управления – это поиск управленческих механизмов и моделей, которые обеспечат создание гибкой, адаптивной, высокотехнологичной системы государственного управления [2].

Главное условие – открытость цифрового взаимодействия. Это необходимо для создания сетевого эффекта (вовлечения максимального количества участников), что приводит к эффективному использованию данной платформы [7].

В настоящее время эпидемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) форсировала процессы цифровизации здравоохранения, доказав, что управляемое использование цифровых технологий в медицине способно обеспечить рост эффективности её функционирования, главным образом, за счет повышения охвата медицинской помощью и, как следствие, своевременности ее оказания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Василькова, И. В. Анализ показателей оценки качества оказания медицинской помощи // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 6. – [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/06/67914>
2. Малясова М. М. Методические аспекты сегментации бизнес-среды на основе метода rest-анализа // Вестник Российского университета кооперации. – 2021. – № 1. – С. 82-85.
3. Соболева С. Ю., Голиков В. В., Тажибов А. А. Информационные технологии в здравоохранении: особенности отраслевого применения // E-Management. – 2021. – Т. 4. – № 2. – С. 37–43.
4. Технологии антикризисного управления региональным здравоохранением: монография / Беляев С. А., Бурнадз Т. И., Бушина Н. С., Власова О. В. и др. – Курск : КГМУ. – 2013. – С. 232.
5. Adzhienko, VL; Kosinova, N. N. Strategic Analysis of the state-private partnership Institute in the Healthcare // Pharmacy and Pharmacology. 2017 – Vol. 5, no. 4, pp. 380–400.
6. Kosinova N. N., Ter-Akopov G. N. Innovation management in the development of regional healthcare // AEBMR-Advances in Economics Business and Management Research. 2019. – Vol. 83. – P. 179–183.
7. Kosinova N. N., Ter-Akopov G. N. Health industry modernization: strategic priorities of development of the partnership of state and business (regional aspect) // E3S Web of Conferences 161, 01023 (2020) Available at: <https://doi.org/10.1051/conf/202016101023> Reference date: 16.04.2020.
8. Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L., McGinnis, J. M. Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America [Электронный ресурс] / M. Smith, R. Saunders, L. Stuckhardt, J. M. McGinnis. – Committee on the Learning Health Care System in America, The Institute of Medicine. Washington, D. C. The national academies press. – 2013. – Режим доступа: <http://www.nap.edu/catalog/13444/best-care-at-lower-cost-the-path-to-continuously-learning>.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ИХ РОЛЬ В ПРОДВИЖЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕРЕЗ СМИ И ИНТЕРНЕТ

***Гладских Наталья Александровна,
Каневская Анастасия Михайловна***

*Россия, Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко*

*Научный руководитель: ассистент кафедры управления в здравоохранении
кандидат технических наук Гладских Наталья Александровна*

Изменения в предоставлении медицинских услуг сегодня неизбежны, особенно с учетом расширения использования современных технологий. Использование цифровых технологий является влиятельным инструментом для распространения санитарного просвещения и пропаганды здорового образа жизни в обществе. Использование технологий также предлагает способы помочь пациентам укрепить и улучшить знания в области медицинской информации.

Основное использование технологий в продвижении здорового образа жизни, как правило, заключается в использовании СМИ и сети Интернет для распространения информации о профилактике заболеваний среди широкой аудитории. Пропаганда ЗОЖ во многом заимствует подходы и методы коммерчески ориентированного социального маркетинга, рекламы и связей с общественностью. Эти отрасли теперь используют социальные сети и мобильные устройства в рамках своих усилий по рекламе [1].

Сегодня газетная журналистика стремительно теряет свою актуальность, а также начала в последние несколько лет терять спрос и радиожурналистика, но телевидение все еще остается востребованным, в том числе и в России, и может составить конкуренцию Интернет-СМИ.

Телевидение может предложить разные по структуре, но одинаковые по содержанию программы, посвященные здоровью: «Здоровье», «О самом главном», «Азбука здоровья», «Правила движения», «Школа доктора Комаровского», «Доброго здоровья», «Малахов+», «Таблетка», однако, как было сказано, все эти передачи очень похожи друг на друга – фактически,

они однотипны, поэтому имеют узкий круг зрителей и работают на определенного потребителя. Чаще всего передачи такого типа смотрят люди пенсионного возраста и домохозяйки, но юного и прогрессивного зрителя они привлечь не способны.

В этой ситуации действительно большим шагом станет создание новых передач или каналов с ориентацией на разновозрастную аудиторию или создание канала на просторах Интернета, в частности, на сервере Youtube, который является чрезвычайно популярным на сегодняшний день. Youtube стал платформой для создания множества креативных и полезных каналов, в том числе и о здоровом образе жизни, физической культуре и спорте. Учет ошибок телевидения, интересный формат, следование трендам и качественный контент позволяет привлечь большую, заинтересованную и активную аудиторию [2].

С момента появления смартфонов и планшетных компьютеров было создано огромное количество коммерческих приложений, многие из которых предназначены для потребителей, которые хотят отслеживать свои упражнения или пищевые привычки в интересах улучшения своего здоровья или похудения. Писатели из области медицины и пропаганды здорового образа жизни в своих обсуждениях описывают то, как эти технологии могут быть наиболее эффективно использованы в качестве инструментов, направленных на то, чтобы помочь людям справиться с заболеваниями или улучшить их общее состояние здоровья и благополучие.

Здоровый образ жизни и спорт сейчас в тренде. Такие социальные сети как «ВКонтакте» и «Facebook»*. На этих платформах огромное количество сообществ, посвященных спорту и фитнесу. В постах можно увидеть видео как заниматься спортом в домашних условиях и в тренажерном зале, найти рецепты полезных блюд, что полезно многим. Зайдя в «Instagram»* по хэштегу #спорт и #фитнес можно найти множество аккаунтов, которые дадут мотивацию, помогут ответить на твои вопросы. Можно заметить, что благодаря «фитнес группам» большинство студентов, начали заниматься не в спортивных залах, а в домашних условиях [3].

* Предупреждение: Facebook и Instagram – соцсети, запрещенные в России с марта 2022 г.

Медицина становится клиентоцентричной, при этом на пациента возлагается большая ответственность как за следование врачебным рекомендациям при лечении заболеваний, так и в целом за более внимательное отношение к здоровью, обеспечению здорового образа жизни. Индустрия здравоохранения трансформируется, и вслед за этим требуются новые подходы для продвижения здорового образа жизни в масштабах страны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дёмкина Е. П. Формирование здорового образа жизни студентов: как не упустить главного? // Высшее образование в России. – 2016. – № 5. – С. 50–55.
2. Ефремова, Н. Г. Изучение особенностей мотивации к процессу физического воспитания в системе высшего образования. / Н. Г. Ефремова, С. Б. Маврина // Образование и педагогические науки в XXI веке: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник статей победителей междунар. науч.-практ. конф. Под общей редакцией Г. Ю. Гуляева. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2017. – с. 121–125.
3. Сёмина А. С. Влияние социальных сетей на отношение молодежи к спорту и здоровому образу жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sibac.info/studconf/hum/xi/32811>.

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ЛОГИСТИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Горбач Арина Николаевна, Васильев Тимур Сергеевич

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Днепроовская Ирина Валерьевна*

В основу логистического подхода положен принцип всесторонней оптимизации экономической деятельности сложно организованных систем, к которым, без сомнения, относятся учреждения здравоохранения. В настоящее время возможности логистики позволяют кардинально изменить сложившиеся взаимоотношения как между внутрискруктурными элементами медицинского учреждения, так и между его контрагентами в рамках экономической деятельности.

Работа любого медицинского учреждения, как хозяйственной единицы системы здравоохранения, обеспечивается функционированием целого комплекса разнообразных потоковых процессов.

С целью управления потоковыми процессами в логистике применяются:

1. Операционное управление, направленное на обеспечение всех рабочих процессов с минимальными общими затратами, включая закупку материальных ресурсов, сбыт и продвижение медицинских услуг.

2. Выстраивание производства по принципу «just in time», т. е. все закупать, производить и отпускать потребителю «точно в срок».

3. Повышения скорости и точности перемещения конкретного потребителя медицинской услуги в процессе её производства за счет диспетчеризации потоковых процессов с помощью современных компьютерных технологий.

Для достижения высокого уровня координации управления в ЛПУ рассмотрены варианты четырех стратегий, применяемых к цели ЛПУ и выполняемым логистическим операциям:

- а) оптимизация существующей системы;
- б) экспериментирование с новыми уникальными методами координации в существующей системе;

- в) реорганизация служб логистического управления;
- г) создание матричной системы.

Планирование работы ЛПУ заключается в определении:

- 1) основных целей и функций ЛПУ и показателей, выполнение которых способствует достижению этих целей;
- 2) видов и объемов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и половозрастной структуры обслуживаемого населения;
- 3) потребности в финансовых и материальных ресурсах и расчетах финансовых нормативов;
- 4) максимальных объемных показателей деятельности с учетом планируемых объемов финансирования из всех источников. [1]

Внедрение ИСУ в работу медицинской организации – это занятие, требующее финансовых вложений, подбора людских ресурсов и достаточного количества времени. Использование ИСУ позволит организации поднять производительность путем исключения дублирования документов на одни и те же процессы и процедуры. [2]

ERP (Enterprise Resources Planning) – интегрированная система логистического управления корпоративными ресурсами, направленная на управление бизнесом в целом. Конкретные возможности методологии ERP существенно зависят от программной реализации. Современные ERP-системы преимущественно основаны на модульном принципе, что позволяет использовать только те программные блоки, которые требуются для решения задач. ERP-системы отличаются рядом типовых функций:

- ведение конструкторских и технологических спецификаций, включая состав конечного изделия, а также материальные ресурсы и операции, необходимые для его изготовления (включая маршрутизацию);
- управление спросом и формирование планов продаж и производства;
- планирование потребностей в материалах;
- управление запасами и закупочной деятельностью;
- планирование производственных мощностей;
- финансовые функции;
- функции управления проектами.

Помимо перечисленных функциональных требований в ERP реализованы и новые подходы по применению графики, использованию реляционных баз

данных, CASE-технологий для их развития, архитектуры вычислительных систем типа «клиент-сервер» и реализации их как открытых систем.

Необходимость ERP в медицине объясняется возможностью охвата всех процессов внутри медицинской организации, включая основные медицинские процессы, вспомогательные процессы и процессы финансово-хозяйственной деятельности. ERP, в свою очередь, может обеспечить не только автоматизацию функций отдельных исполнителей, но и всей организации в целом, позволяя осуществить связь финансов, ресурсов и качества оказания медицинской помощи.

Основное назначение ERP-системы – управление ресурсами организации, автоматизация взаимодействия служб и расчет себестоимости услуг. Таким образом, это позволит создать длительно хранимую интегрированную базу данных, куда в режиме реального времени будут поступать сведения о состоянии здоровья пациентов, а также обеспечит снижение общих затрат на автоматизацию.

Автоматизация на основе 1С:ERP связывает работу всех подразделений организации. Она позволяет построить комплексную информационную систему управления предприятием, повысить прозрачность всех бизнес-процессов и обеспечить принятие эффективных управленческих решений.

В 1С:ERP 3 основных контура автоматизации:

- а) управление (7 видов автоматизации);
- б) операционная деятельность (10 видов автоматизаций);
- в) учёт и отчётность (9 видов автоматизаций).

Программное обеспечение 1С включает «1С: Медицина. Поликлиника»,

«1С: Медицина. Больница», «1С: Медицина. Стоматологическая клиника», «1С: Клиническая лаборатория». Внедрение 1С в медицинскую организацию позволит осуществить:

- обследование и моделирование бизнес-процесса формирования расписания работы врачей и приема пациентов;
- формирование стандартных и индивидуальных шаблонов медицинских данных (ШМД);
- автоматизацию call-центра клиники для записи и подтверждения посещения пациентов;

- интеграцию медицинской информационной системы «1С» с лабораторным программным продуктом или сервисом;
- расширение функциональности интернет-сайта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гринкевич, Л. С., Банин, А. С. Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России // Вестн. Том. гос. ун-та. – 2006. – № 292-I. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-metodov-upravleniya-uchrezhdeniyami-zdravoohraneniya-v-rossii> (дата обращения: 05.11.2021).

2. Днепровская, И. В., Орлов Д. В. // Переход на цифровое здравоохранение в рамках реализации национальных интересов РФ. – 2020. – С. 3–4.

**МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПУТЕМ ЦИФРОВИЗАЦИИ В РОССИИ
НА ПЕРИОД ДО 2030 ГОДА**

Гусева Ксения Александровна, Гукова Екатерина Олеговна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор, доктор экономических наук,
доцент Косинова Наталья Николаевна*

В экономике стран постоянно происходят изменения, это связано с научно-техническим прогрессом, изменениями в законодательной базе, расширением экспортных и импортных взаимоотношений, так же и система здравоохранения не стоит на месте и постоянно преобразовывается. На данный момент продолжает происходить взаимосвязь и дополнение друг друга двух секторов системы здравоохранения – государственной и частной системы, что определяет характер поступления финансирования.

Наиболее эффективное нововведение – цифровое преобразование отрасли, которое затрагивает широкий спектр аспектов, включая автоматизацию операционных процессов, алгоритмов и протоколов лечения, внедрение электронного сбора данных о работе медицинских учреждений, клинических показателях пациентов и последующее применение статистических методов анализа, использование удобных онлайн и мобильных приложений, внедрение инструментов телемедицины [3].

Связующим звеном цифрового преобразования является «Стратегия развития здравоохранения на долгосрочный период 2015-2030 гг.». Данная стратегия отражает механизмы планирования и распределения государственных средств, контролирует качество предоставляемых услуг. Благодаря ей определяются факторы, которые снижают эффективность и качество медицинских услуг, и разрабатываются стратегии по их устранению.

Наша страна представляет собой крайне сложный объект для решения любой управленческой задачи. Неслучайно возник термин «цифровое неравенство», который отражает реальную ситуацию с оснащенностью, средствами коммуникации и решениями, реализуемыми на региональном

уровне. Так, одновременно внедрить единые требования к информационным системам регионов и медицинских организаций, а также требования по сбору и передаче данных было невозможно, ведь это обусловило появление большого количества разнообразных и разноуровневых локальных решений, именно поэтому федеральному центру и регионам пришлось приложить огромные усилия для решения технических и технологических задач. [2]

Задачей цифровизации является получение структурированную, достоверную и оперативную информацию, которая необходима как врачам, так и специалистам в сфере управления.

К основным сферам цифровой трансформации здравоохранения относятся:

- информация, значимая для здоровья и благополучия населения, с акцентом на показатели;
- повышение доступности и улучшение распространения информации о е-медицине;
- укрепление информационных сетей системы здравоохранения;
- разработка законодательства электронного здравоохранения;
- наращивание институционально-кадрового потенциала;
- коммуникация и информационно-разъяснительная работа. [4]

По данным Минздрав РФ уже в 2022 году будут доступны:

- медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством;
- направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию;
- медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- врачебное профессионально-консультативное заключение. [1]

Цифровизация сферы здравоохранения непосредственно связана с таким государственным положением, как «Стратегия развития здравоохранения на долгосрочный период 2015-2030 гг.», поскольку при развитии и дальнейшем внедрении цифровизации изменяются направления стратегия развития отрасли. Соответственно, с целью обеспечения государственных гарантий медицинской помощи, ее доступности и высокого качества в период до 2030 года должны быть решены следующие задачи:

1. Обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме.

2. Постоянное совершенствование системы стандартов медицинской помощи с целью внедрения современных медицинских технологий при лечении и диагностике наиболее распространенных заболеваний.

3. Совершенствование системы обязательного медицинского страхования, функционирующей на основе страховых принципов.

4. Повышение структурной эффективности системы организации медицинской помощи.

5. Повышение роли профилактической составляющей на основе периодических диспансеризаций, постоянного наблюдения за группами риска. [2]

Решение перечисленных задач в условиях постоянного увеличения расходов на здравоохранение к 2030 году позволит добиться существенного улучшения демографических показателей и показателей состояния здоровья населения, снизить общий коэффициент смертности, в том числе среди трудоспособного населения, увеличить среднюю продолжительность жизни.

Таким образом, отечественная система медицины с каждым годом все больше изменяется и обновляется и развитие здравоохранения в условиях цифровизации на период до 2030 года ориентировано на создание эффективной системы, способной обеспечить население своевременными профилактическими мероприятиями, доступной и качественной медицинской помощью, с использованием достижений медицинской науки, а также реабилитационной и санаторно-курортной помощью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляева Ю. М., Косинова Н. Н. Государственно-частное партнерство как ресурс модернизации здравоохранения // – 2019. – С. 297–298.

2. Косинова Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения Российских регионов // – 2020. – С. 107–111.

3. Косинова Н. Н., Подсеваткина А. К. Инструменты стратегического планирования // – 2019. – С. 86–94.

4. Соболева С. Ю., Косинова Н. Н. Стратегические приоритеты развития цифровизации здравоохранения // – 2021. – С. 34–38.

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ
ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ
В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ**

Кабытов Алексей Олегович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Развитие в РФ услуг здравоохранения является одним из приоритетных направлений государственной политики в сфере услуг. Прогрессивное научно-технологическое развитие России обуславливает значимость цифровизации сферы здравоохранения, что актуализирует особую важность совершенствования данной сферы. Развитие цифровой экономики определяет необходимость поиска новых подходов к организации предоставления услуг, их дифференциации с использованием современных цифровых технологий, что способствует повышению спроса на услуги в сфере здравоохранения, в частности у частных медицинских организаций.

Обеспечение высокого уровня доступности и качества предоставления услуг учреждений здравоохранения выступает ключевым показателем эффективного социально-демографического развития современного общества. В контексте стремительного развития цифровых технологий существует объективная связь между уровнем доступности услуг учреждений здравоохранения и уровнем цифровизации здравоохранения [1].

Под цифровизацией здравоохранения понимается процесс внедрения цифровых технологий в систему исполнения функций учреждений здравоохранения и коммуникации между гражданами и учреждениями здравоохранения.

Частные медицинские организации как наиболее активные и «продвинутые» одними из первых начинают применять в своей практике цифровые технологии. Эффективное использование достижений научно-технического прогресса требует соответствующего уровня подготовки сотрудников учреждений здравоохранения.

На сегодняшний день в большинстве случаев пациентам гораздо удобнее в несколько кликов выбрать дату, время и специалиста, а затем подтвердить

свое намерение оператору при входящем вызове. При внедрении цифровых технологий в деятельность учреждений здравоохранения, развития цифровой грамотности населения, совершенствования системы управления предоставлением услуг учреждениями здравоохранения, менеджеры в медицинских организациях сталкиваются с рядом проблем. Внедрение цифровых технологий обеспечивает доступность услуг учреждений здравоохранения для населения, но остаются открытыми вопросы адаптации к современным технологиям пожилых граждан. Наиболее широкое применение получила электронная запись на прием к врачу в частных медицинских организациях.

Для медицинской организации внедрение электронной записи не отменяет классической, и, помимо систематизации данных, помогает модернизировать организационную систему оказания услуг [2]. Так же онлайн-запись повышает лояльность пациентов к клинике, т.к. любой пациент может записаться на прием круглосуточно в автоматическом режиме на удобное для него время.

При изучении данных литературы было выявлено, что наиболее быстрыми темпами распространяется такая информационная услуга, как онлайн-запись на прием к врачу или для получения медицинской услуги.

Для более чем 85% пациентов частных медицинских организаций онлайн-запись актуальна. При оформлении онлайн-записи пациенты уже знают, на какую услугу и к какому врачу хотят записаться [3]. Также важным преимуществом является то, что есть возможность самостоятельно посмотреть все доступные варианты и выбрать удобное время записи. При самостоятельном оформлении записи на прием к врачу или на медицинскую услугу пациент может сделать это в любое удобное для себя время, не ориентируясь на часы работы кол-центра клиники.

Однако, существуют и угрозы при онлайн-записи. Ключевыми из них является безопасность и защита персональных данных пациентов, безопасный доступ к историям болезни, угрозы кражи данных в Интернете, кибертерроризм.

Таким образом, необходимо помнить, что безопасность и эффективность являются ключевыми факторами предотвращения нежелательных последствий при применении цифровых технологий в работе частной медицинской организации. Забота о конфиденциальности и безопасности данных влияет на выбор цифровых технологий, а также на разработку и проведение

исследований по данному направлению. Создаваемая электронная система должна соответствовать международным и отечественным стандартам информационной безопасности. Данные должны собираться, храниться и передаваться в соответствии с установленными нормативно-правовыми актами.

Чтобы соответствовать этому, ключевые стратегии цифрового здравоохранения должны включать в себя безопасное проектирование, резервы безопасности, отказоустойчивость и иные гарантии [4]. Особое внимание в плане обеспечения доступности услуг требует совершенствования механизма адаптации населения к получению услуг учреждений здравоохранения посредством использования цифровых технологий. Необходимо учитывать уровень доверия, опасения, колебания и страхи граждан по отношению к цифровым технологиям, а также определить меры по их смягчению.

Принимаемые меры должны быть направлены на принятие и понимание современных цифровых технологий населением, чтобы обеспечить эффективное функционирование системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ломовцева А. В., Паршукова Я. Д. Внедрение цифровых технологий в здравоохранение Российской Федерации // Управление социальными инновациями: сб. науч. статей/отв. ред. Е.А. Ильина. – Чебоксары, 2019. – с. 179–183.
2. Косинова, Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения российских регионов / Н. Н. Косинова // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем: сборник научных трудов по материалам VI Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 21–22 мая 2020 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью "СЕКВОЙЯ", 2020. – С. 107–111.
3. Карпикова, И. С. Качество и доступность медицинских услуг: мнение населения и специалистов сферы здравоохранения // Социологические исследования. – 2015. – № 6 (374). – С. 53–57.
4. Косинова, Н. Н. Стратегические приоритеты развития цифровизации здравоохранения / Н. Н. Косинова, С. Ю. Соболева // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем: сборник научных трудов VII Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 18–19 мая 2021 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью "СЕКВОЙЯ", 2021. – С. 34–38.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Камалова Камилла Рифовна, Уразбахтина Юлия Олеговна,

Месропян Арсен Владимирович

*Россия, Уфа, ФГБОУ ВО «Уфимский государственный
авиационный технический университет»*

Сегодня термин "цифровое здравоохранение" зачастую включает в себя и электронное здравоохранение (предоставление связанной со здоровьем информации, ресурсов и услуг при помощи электронных средств), а также такие быстро развивающиеся направления, как передовые методы вычислительной науки (например, использование больших данных – больших объемов данных из различных источников, которые могут предоставить ценные сведения о состоянии здоровья населения) и искусственный интеллект, позволяющий компьютерным системам выполнять задачи, которые, как правило, не могут быть решены без участия человека; примером такой задачи может служить принятие решений.

Более высокая средняя продолжительность жизни, увеличение числа людей с хроническими заболеваниями и растущая стоимость медицинской помощи – факторы, оказывающие давление на системы здравоохранения во всем мире.

Цифровые технологии здравоохранения способны расширить доступ к услугам здравоохранения, уменьшить их стоимость, улучшить качество оказываемой помощи и повысить рациональность использования ресурсов систем здравоохранения. Они также могут обеспечить возможности для развития самопомощи. Так, средства дистанционного мониторинга и носимые устройства позволяют людям более внимательно следить за своим здоровьем, снижая тем самым нагрузку на системы здравоохранения и повышая их финансовую устойчивость. Технологии, помогающие людям вести более здоровый образ жизни, также способны привести к сокращению расходов систем здравоохранения.

Инновации в области цифрового здравоохранения, в частности – искусственный интеллект, способствуют большей эффективности и персональной

ориентированности систем здравоохранения. Внедрение искусственного интеллекта может открыть для систем здравоохранения далеко идущие перспективы – от раннего выявления рака кожи путем анализа родинок до оценки предрасположенности человека к определенным заболеваниям и разработки лекарственных средств, адаптированных к индивидуальным потребностям пациентов.

Системы цифрового здравоохранения могут расширять возможности пациентов и обеспечивать активное взаимодействие с ними, делая их равноправными участниками процесса оказания медицинской помощи. Для совместного принятия решений работниками здравоохранения и пациентами необходимо взаимное доверие, чувство партнерства и открытость в отношениях между пациентом и медработником.

Медицинские специалисты становятся партнерами пациента на его пути к здоровью, обеспечивая при этом необходимую степень эмпатии и человеческого участия, которые способствуют благополучию пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Уразманов А. Р., Радченко О. Р. Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями – восприятие информации потребителями из открытых источников сети Интернет // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3.
2. Гусев А. Г., Добридюк С. Л. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении // Здравоохранение в информационном обществе. – 2017. – № 4–5.
3. Кобринский Б. А. Системы искусственного интеллекта в медицинской практике: состояние и перспективы // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3.

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЕДИНОГО
ИНФОРМАЦИОННОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРОСТРАНСТВА**
*Камалова Камилла Рифовна, Уразбахтина Юлия Олеговна,
Морозова Елена Сергеевна*

*Россия, Уфа, ФГБОУ ВО «Уфимский государственный
авиационный технический университет»*

Единое информационное пространство открывает новые возможности для создания территориальных и общероссийских регистров, ориентированных на информационную поддержку врачей в обычных и чрезвычайных ситуациях. На данной основе возможно создание единого информационного пространства служб крови и трансплантологии отдельных регионов (Урал, Сибирь и т.п.) и России в целом.

Электронное здравоохранение – это система, направленная на решение всего спектра задач охраны здоровья населения, реализуемая на основе всеобъемлющего электронного документооборота, обязательно включающего персональные медицинские данные, обеспечивающего оперативный доступ ко всей информации, возможность ее совместного дистанционного анализа врачами и контактов врачей с пациентами на основе телемедицинских технологий [1].

Информационное пространство данных медицинского и социального плана для поддержки принятия решений клинического и организационного характера в зависимости от общей направленности включает информацию:

- о пациентах и их семьях;
- проводимых научных исследованиях (для научно-практических центров);
- деятельности ЛПУ, включая медико-статистические, медико-экономические, материально-технические и другие данные (в соответствии с регламентом работы).

Комплекс медицинских, медико-экологических, медико-социальных, медико-экономических задач, реализуемых в рамках построения единого

пространства, требует значительного объема первичной информации, которая должна быть соответствующим образом структурирована.

В связи с этим анализ должен включать:

- 1) происхождение данных;
- 2) иерархию (соподчинение) данных;
- 3) место хранения данных;
- 4) временную динамику информации;
- 5) периодичность изменения;
- 6) приобретение новых свойств;
- 7) взаимосвязь данных между собой.

Единое информационное медицинское пространство должно обеспечивать санкционированный доступ к любым базам персональных медицинских данных независимо от места их постоянного хранения, для каждого нуждающегося в них врача и организатора здравоохранения (в любом из учреждений) в интерактивном режиме или по электронной почте в фиксированный период времени [2]. Оперативное получение данных должно быть реализовано при неотложных состояниях и в чрезвычайных ситуациях.

Построение единого общероссийского информационного медицинского пространства требует решения следующих проблем:

- 1) обязательное введение общероссийских идентификационных номеров с рождения;
- 2) единая система кодирования анкетных данных;
- 3) использование единых классификаторов признаков, симптомов, результатов исследований и лечебных процедур;
- 4) общепринятые стандарты обмена данными между системами разных уровней, служб и ведомств, занимающихся охраной здоровья населения;
- 5) однотипные нормативно закрепленные принципы кодирования информации и санкционированного доступа к ней для разных групп пользователей;
- 6) надежные каналы связи, обеспечивающие оперативный доступ к распределенным базам данных;
- 7) обеспеченность ЛПУ средствами вычислительной техники и выходом в Интернет по высокоскоростным каналам связи.

Циркуляция всех сведений о состоянии здоровья людей в едином информационном медицинском пространстве позволит нивелировать существующие недостатки в оперативном получении врачами (на основе прямого санкционированного доступа) необходимых данных о предшествующем наблюдении и обследовании пациентов независимо от времени и места их проведения [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Н. Е. Русанова. История и проблемы цифрового здравоохранения в России // Институт социально-экономических проблем народонаселения Российской Академии наук.
2. Гусев А. Г., Добридюк С. Л. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении // Здравоохранение в информационном обществе. 2017. № 4–5.
3. С. А. Фейламазова. Информационные технологии в медицине: Учебное пособие для медицинских колледжей. – Махачкала : ДБМК, 2016. – 163 с.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ СЕТИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ
Каширская Янина Андреевна, Москвичева Ксения Валерьевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Днепровская Ирина Валерьевна*

Распространение коронавирусной инфекции стало вызовом для систем здравоохранения по всему миру. Врачи столкнулись с беспрецедентной нагрузкой, и цифровые решения, способные ее облегчить, стали актуальны как никогда. Началом развития телемедицины можно считать 1905 год, но особое ее развития приходится на период пандемии COVID-19.

Одно из определений телемедицины, данное Всемирной Организацией Здравоохранения, звучит так: телемедицина – это метод предоставления услуг по медицинскому обслуживанию там, где расстояние является критическим фактором. Телемедицина основана на использовании цифровых технологий для оказания необходимой медицинской помощи пациентам, а также для связи врачей друг с другом.

На данный момент в России функционируют более чем в 30 областях, что составляет около четырех тысяч телемедицинских центров, а также наблюдается переход от единичных Телемедицинских Центров к созданию и развитию Региональных Телемедицинских сетей (РТМС). [1]

РТМС – это инфраструктура, позволяющая оказывать медицинские услуги по существующим в регионе каналам связи. Эти сети будут объединять сельских и городских врачей с областными центрами, что позволит в случае невозможности проведения телемедицинской консультации на региональном уровне (из-за отсутствия необходимых специалистов или их недостаточной квалификации) провести телемедицинскую консультацию на федеральном уровне с привлечением врачей-консультантов ведущих медицинских учреждений федерального уровня. Интенсивное развитие РТМС началось в 2003 году и продолжается по настоящее время. [2]

Повышение качества медицинской помощи за счет внедрения РТМС позволит решить одну из важных задач: обеспечение медицинской

помощью всех граждан РФ, независимо от места их нахождения. Таким образом, за счет внедрения телемедицинских технологий появляется возможность удаленной консультации при постановке диагноза с ведущими областными специалистами. [3] Результатом функционирования РТМС станет повышение качества оказания медицинской помощи, снижение риска постановки ошибочного диагноза и роста показателей смертности.

Волгоградская область не отстаёт в развитии телемедицинского консультирования. По данным комитета здравоохранения Волгоградской области, в регионе функционируют более 12 телемедицинских центров, к которым подключены 108 медицинских учреждений, в том числе расположенные в сельской местности и на отдаленных территориях.

В число этих медицинских учреждений вошли:

- Волгоградский областной клинический онкологический диспансер;
- Волгоградская областная клиническая больница № 1;
- Кардиологический центр, больница скорой медицинской помощи № 25;
- Перинатальный центр № 2, а также другие государственные и частные клиники и больницы. [4]

Развитие телемедицины в регионе позволяет как пациентам получать консультацию врачей, так и врачам получать консультации специалистов Национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России.

В рамках исследования авторами был проведён опрос на тему «Отношение населения к телемедицине», в котором приняли участие 78 волгоградцев в возрасте от 18 до 58 лет. Результаты опроса показали следующее:

1) Примерно 52 % опрошенных не знали о существовании телемедицины на базе частных и государственных медицинских учреждений.

2) Около 50 % респондентов считают, что услугами дистанционной консультации врача можно пользоваться в случае острой необходимости.

3) 25,3 % опрошенных считают, что консультация с использованием телемедицины так же хороша, как и приём пациента в кабинете.

4) 21,5 % опрошенных убеждены, что телемедицина никогда не сможет заменить приём в кабинете.

5) Примерно 20 % опрошенных обращались за помощью врача дистанционно.

6) Большинство (52,6 %) из них консультировались дистанционно на базе частной клиники, 42,1 % – на базе государственного медицинского учреждения и 31,6 % – консультировались у частного врача, без привязки к организации.

7) Около 70 % обращались за дистанционной помощью терапевта, 15,8% – консультировались у эндокринолога.

8) 61 % респондентов получили приятные впечатления от оказанных медицинских услуг с применением дистанционных технологий.

В заключении можно сделать вывод: в условиях пандемии телемедицина стала более популярным инструментом взаимодействия врачей с пациентами и другими врачами. Однако, телемедицина ещё находится на стадии развития, и возможно, в скором будущем это будет уже привычным для нас способом медицинской коммуникации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Что такое телемедицина?» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://trends.rbc.ru/trends/innovation/5d8e297f9a79478c40cd4369/> Дата обращения – 17.10.2021.

2. Переведенцев О. В., Гусева Т. Е. «Пути построения региональных телемедицинских сетей» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://old.stel.ru/telemedicine/pdf/regional-telemed-networks.pdf> Дата обращения 07.11.2021.

3. Соболева С. Ю., Голиков В. В., Тажибов А. А. Информационные технологии в здравоохранении: особенности отраслевого применения // E-Management. – 2021. – Т. 4. – № 2. – С. 37–43.

4. Комитет здравоохранения Волгоградской области: «Волгоградская область развивает сеть телемедицинских консультаций» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://volgazdrav.ru/index.php/component/k2/item/16390-volgogradskaya-oblast-razvivaet-set-telemeditsinskih-konsultatsiy.html> Дата обращения – 18.10.2021.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЕ

Климович Олеся Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук,

доцент Кукина Елена Николаевна

Пандемия COVID-19 заставила не только переосмыслить роль цифровых технологий в современной медицине, но и дала ощутимый толчок к развитию новых возможностей и даже способствовала появлению новых направлений. Стало понятно, что цифровая медицина обладает потенциалом значительного улучшения медицинского обслуживания, но до недавнего времени это не было приоритетом. По данным современной литературы и мнению некоторых экспертов можно прогнозировать несколько основных тенденций в цифровизации здравоохранения на ближайший и среднесрочный период [2].

Очевидно, самый высокий темп развития получила телемедицина. Как направление в здравоохранении, телемедицина значительно выросла во время пандемии, поскольку население во всем мире старается ограничивать физические контакты. Эта практика показала, что дистанционные консультации не только возможны, но и просты и часто предпочтительны. Некоторые эксперты утверждают, что это только начало, и вскоре масштабы телемедицины возрастут в геометрической прогрессии.

По словам председателя шведской ассоциации врачей в области электронного здравоохранения Насима Фаррохния, мы увидим, что телемедицина начнет выходить за рамки клиник первичной медицинской помощи и включать в себя специализированную помощь [3]. Она будет включать в себя целый ряд прочих медицинских работников, как врачей, так и средний медицинский персонал: медсестер, акушерок, фельдшеров, лаборантов.

Помимо дистанционных консультаций, по словам экспертов, мы уже наблюдаем рост использования медицинского оборудования в домашних условиях, например, дистанционное наблюдение пациентами с COVID-19 за счет более широкого использования пульсоксиметров, индивидуальных

тест-системсенсоров, больных сахарным диабетом за счет использования индивидуальных глюкометров, дозаторов и т.п.

Не меньшее значение, пожалуй, принадлежит созданию всеобъемлющих национальных баз данных и порталов [4]. Европейские страны работают над созданием более полных и доступных электронных медицинских карт. Например, в Швеции все граждане и резиденты имеют персональный идентификационный номер, который используется для всех медицинских документов. Исследователи, имеющие доступ к цифровым порталам здравоохранения, могут использовать все эти гигантские объемы данных [1]. Здесь же в разгар пандемии создан Реестр интенсивной терапии для сбора данных о случаях коронавируса, которые заканчиваются в отделениях интенсивной терапии. Это позволило специалистам следить за развитием коронавирусного кризиса в обществе. Все рецепты и рассылки являются электронными, что облегчает отслеживание запасов лекарств. Доступ к единой системе учета пациентов имеет много преимуществ, в том числе более низкий процент ошибок при приеме лекарств и облегчение профилактической работы.

Но самым амбициозным направлением, наверное, можно считать разработку искусственного интеллекта, который призван сыграть большую роль в цифровом преобразовании здравоохранения [5]. По данным экспертов, ожидается, что к 2025 году инвестиции в развитие искусственного интеллекта для здравоохранения превысит \$34 млрд.

Уже сейчас, используя распознавание образов с помощью таких технологий, врачи могут назначать персонализированные планы лечения в сфере лечения рака, адаптированные к генетическому строению и образу жизни пациента. Фармацевтические и биотехнологические компании используют алгоритмы машинного обучения, чтобы сократить цикл разработки лекарств. Недавно ученые в США разработали алгоритм, который точно распознает и диагностирует COVID-19 даже у бессимптомных пациентов, по звуку кашля.

Мировой рынок диагностики на основе искусственного интеллекта, как ожидается, к 2027 году может достичь почти \$67 млрд.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cohen AB, Mathews SC, Dorsey ER, Bates DW, Safavi K. Direct-to-consumer digital health. *Lancet Digit Health*. 2020 Apr; 2(4):e163-e165. doi: 10.1016/S2589-7500(20)30057-1. Epub 2020 Mar 24.
2. Contact tracing: digital health on the frontline. *The Lancet Digital Health*. *Lancet Digit Health*. 2020 Nov; 2(11):e561. doi: 10.1016/S2589-7500(20)30251-X. Epub 2020 Oct 19.
3. Howarth A, Quesada J, Silva J, Judycki S, Mills PR. The impact of digital health interventions on health-related outcomes in the workplace: A systematic review. *Digit Health*. 2018 May 10; 4:2055207618770861. doi: 10.1177/2055207618770861. eCollection 2018 Jan-Dec.
4. Reflecting on a future ready for digital health. *The Lancet Digital Health*. *Lancet Digit Health*. 2020 May;2(5):e209. doi: 10.1016/S2589-7500(20)30087-X. Epub 2020 Apr 28.
5. WHO guidance for digital health: What it means for researchers. Jandoo T. *Digit Health*. 2020 Jan 8;6:2055207619898984. doi: 10.1177/2055207619898984. eCollection 2020 Jan-Dec.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЦИФРОВОГО МАРКЕТИНГА

Кравцова Дарья Александровна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

В настоящее время существует множество способов воздействия на потенциальных потребителей. Один из наиболее распространенных – цифровой маркетинг, способный собирать объективную информацию о целевой аудитории, прослеживать результаты продвижения бренда или продукта. Digital Marketing – используется на всех этапах взаимодействия с потребителями.

К основным преимуществам диджитал-маркетинга относится, прежде всего, возможность точно получить и измерить результаты и эффективность. С помощью цифровых инструментов возможно довольно быстро за один рекламный показ охватить больше тысячи пользователей из разных стран мира, а также получить от них информацию и быстро проанализировать ее. Цифровыми технологиями могут пользоваться большое количество пользователей в мире, особенно через всемирную сеть, они дают возможность гибко реагировать на целевую аудиторию интернет-пользователей [1].

К основным инструментам цифрового маркетинга относятся:

- Контент-маркетинг (публикации на тематических сайтах, в блоге и др.);
- Почтовые рассылки, которые также могут являться частью контент-маркетинга);
- SMM (продвижение групп в социальных сетях);
- Таргетированная реклама;
- Контекстная реклама;
- Медийная реклама;
- SEO (продвижение сайта в поисковых системах);
- Партнерские программы;
- Сайт компании;
- Аудио и видео-реклама (реклама в онлайн-радио и др.)

Использование цифровых технологий в маркетинговой деятельности открывает перед предприятиями и организациями широкие перспективы

для сохранения постоянных клиентов и развития с ними долгосрочных партнерских отношений, роста позитивного отношения потребителей, доверия к товарам и услугам, обеспечения индивидуального подхода к каждому клиенту и гибкой реакции на изменения его вкусов и предпочтений. [2] Оценка инноваций помогает расширить границы и улучшить деятельность в области цифрового маркетинга.

На сегодняшний день в сфере цифрового маркетинга наблюдается тенденция к увеличению интереса пользователей к социальным сетям и онлайн-маркетингу, а также к новым методикам веб-дизайна и контент-маркетинга для привлечения целевой аудитории. Чаще всего тенденции не зависят от экономических факторов, но в связи с пандемией инвестиции в маркетинг в 2021 году изменились. Недорогие или бесплатные методы привлечения потребителей наиболее актуальны.

В период пандемии использование социальных сетей возросло, что изменило относительную важность социальных сетей как метода повышения осведомленности. TikTok примечателен как социальная видеоплатформа, популярность которой во всем мире продолжает расти, как показывают результаты недавнего исследования Global Web Index. [3] Формат видео предлагает возможность обмена большим количеством контента с пользователями в короткий промежуток времени. При этом такая коммуникация имеет привлекательный и динамичный характер.

Одна из ключевых тенденций современного цифрового продвижения заключается в уменьшении объема ручной работы маркетолога по настройке рекламы. Автоматизация является главным инструментом стратегий цифрового маркетинга, так как он обеспечивает оперативность реакции компании на интерес аудитории и максимальную индивидуализацию предложения.

Онлайн-мероприятия стали популярны в 2020 году по необходимости, но являются актуальными и в настоящее время. Данный формат событий привлекателен расширением аудитории, доступностью для пользователей независимо от локации и экономической рентабельностью.

Для многих компаний важно присутствовать как в офлайн, так и в онлайн-средах. Это необходимо для обеспечения устойчивости на рынке, несмотря на внешние угрозы. Довольно затруднительно обеспечить обслуживание одинаково качественно в онлайн и офлайн и сохранить привилегии

для постоянных клиентов независимо от выбора канала. Следовательно, предприятия должны настроить свои маркетинговые процессы так, чтобы поставить клиента в центр своих коммуникаций с ним.

Еще один тренд – это контент в сторис. В нём скрыт огромный потенциал для включения аудитории и внедрения интерактивных форм взаимодействия с ней. Несмотря на короткий цикл жизни, внимание к подобному контенту со стороны пользователей огромное. Это новая возможность для цифровых маркетологов проявить креативность, чтобы держать пользователей в состоянии постоянного внимания к бренду.

Цифровой маркетинг является огромным преимуществом для бизнеса. Ни один сектор не сможет выжить или конкурировать на рынке без соответствующей стратегии цифрового маркетинга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Еременко Ю. А. Инструментарий реализации маркетинговых интернет-технологий в бизнесе / Ю. А. Еременко // Модели, системы, сети в экономике, технике, природе и обществе. – 2017. – № 3(23), С. 41 – 50.

2. Таппасханова Е. О., Токмакова Р. А., Атабиева А. Х., Бисчекова Ф. Р. Использование цифровых технологий в маркетинге Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик, Россия. Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-tsifrovyyh-tehnologiy-v-marketinge>

3. Global Web Index 2020: как пандемия изменила социальные сети. Режим доступа: URL: <https://www.gwi.com/data>

ЦИФРОВОЙ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЗАДАЧИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кувшинов Илья Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук,

доцент Аракелова Ирина Владимировна

Новый тренд современного рынка – это цифровое здравоохранение или digital healthcare. Новые направления стремятся обеспечить развитие новых различных систем здравоохранения для повышения эффективности функционирования программных продуктов, систем медицинских организаций и средств связи. Сегодня создается множество условий для развития цифровой медицины:

- активно внедряется в сферу здравоохранения современные цифровые технологии;

- для лечения пациентов задействуется сложная медицинская техника, происходит роботизация медицинских лечебных процессов.

- появляются новейшие востребованные методики лечения, например, малоинвазивная хирургия, которая уменьшает травматизацию пациента.

- происходит повсеместная оцифровка данных пациентов и всего лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

Развитие цифровой медицины оказывает положительное влияние на рынок и создает благоприятную ситуацию для формирования предпосылки для её поддержки со стороны государства:

- «Бережливая медицина». Например, проект Министерства здравоохранения РФ и Госкорпорации Росатома. Его цель – оптимизация бизнес-процессов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

- Аккумуляция данных в одном месте для обмена информацией между субъектами рынка. Успешно работают такие системы, как электронная регистратура, единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС) [1].

Примеры проектов в данной области, реализующихся сейчас:

- использование искусственного интеллекта в программных продуктах;

- электронные карты пациентов с версией истории болезни, которые связывают данные пациента, лабораторий диагностики и врачей;

- крупные участники рынка медицинских услуг создают и используют уникальные, созданные для себя программные продукты.

Полный обмен данными происходит онлайн: в мобильных приложениях в программных продуктах и интернете. Это помогает оперативно собирать информацию и принимать управленческие и технические решения в режиме реального времени [2].

Если рассмотреть цифровую медицину как модель, то она базируется на четырех ключевых элементах:

1. Трансформация – это изменения, которые происходят благодаря инновационным решениям на рынке, техническим средствам связи и ситуации в мире.

2. Вовлеченность – это инициатива пациентов, врачей, других участников лечебного процесса, которая формирует модель клиентоориентированности ЛПУ.

3. Интеграция – это процесс объединения медицинской информации в различных системах и устройствах для эффекта доступности.

4. Доверие – это основа обеспечения безопасности хранения и передачи персональных медицинских данных.

В официальном сообщении Всемирного экономического форума (ВЭФ) в качестве прогноза до 2020 года следующие направления развития сферы здравоохранения считаются наиболее важными:

1. Оптимизация процессов предоставления медицинской услуги от момента возникновения потребности до формирования лояльности бренду (74%).

2. Согласованность каналов коммуникаций (65%).

3. Подготовка специалистов маркетинга медицинских услуг и обучение новым навыкам и приемам рекламы (60%).

4. Использование новых интернет инструментов рекламирования для оптимизации процессов рекламы (44%).

Отметим ряд главных проблем цифровой медицины, решить которые можно с помощью маркетинга:

- невысокая информированность конечных потребителей медицинских услуг о том, что же входит в понятие «digital healthcare» и какой полный перечень возможностей им предлагается;

- недостаточная информированность врачей и медицинского персонала обо всех преимуществах цифровизации здравоохранения [3].

Я считаю, что пандемия вынудила людей использовать удаленные способы получения медицинской помощи. Индустрия здравоохранения может сосредоточиться на накоплении интегрированного опыта, консолидации данных для предсказания потребности пациентов.

Таким образом, медицинские организации должны стать партнерами для пациентов и использовать этот опыт сотрудничества. Новые технологии, такие, как 5G, сделают такую кастомизацию опыта повсеместной, но создавать доверие организациям придется самостоятельно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Муслимов М. И. Цифровое здравоохранение – как фактор революционных преобразований в отрасли // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 3. – С. 63-74.

2. Мамаева Д. Д. Исследование практики применения инструментов digital-маркетинга в сфере здравоохранения с целью формирования лояльности к бренду стоматологической клиники // Вестник евразийской науки. – 2020. – №6. – С. 1-11.

3. Полякова К. А. Интернет-маркетинг частных медицинских учреждений и его роль в условиях digital-трансформации современного бизнеса // Инновации и инвестиции. – 2018. – С. 309-311.

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ПРОДАЖИ ЛЕКАРСТВ

Кузнецова Екатерина Витальевна, Лысикова Анна Александровна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

В современном мире, интернет-ресурсы все больше входят в нашу жизнь. С появлением современных технологий и легкостью доступа в сети Интернет, а также с сильной популярностью среди населения интернет – покупок, в различной сфере деятельности. Многие вещи становятся делать проще и в разы быстрее. Уже сейчас есть возможность, не выходя из квартиры, офиса, больницы, приобрести нужное лекарство, хотя раньше это казалось невыполнимой и даже немного сказочной задачей.

На сегодняшний день интернет – аптеки получают все большее развитие, как в Российской Федерации, так и за рубежом.

Актуальность выбора темы объясняется тем, что внедрение Интернета в жизнь все большего количества людей, ведет к созданию новых форм ведения бизнеса, в т.ч. и на розничном фармацевтическом рынке. На сегодняшний день, практически любая развитая аптека имеет собственную интернет-аптеку либо задумывается о её создании. Так же, жизнь вносит свои коррективы в повседневную жизнь граждан нашей страны, а именно эпидемиологическая ситуация в связи с пандемией COVID-19 в мире и в России, предписания Всемирной организации здравоохранения и решения правительства РФ по санитарным правилам и нормам. Полный режим самоизоляции, перевод большей части трудоспособного населения страны на удаленную работу, привели к масштабному росту Интернет – торговли во всех сферах жизни.

Заметное снижение доходов граждан, поспособствовало сильному смещению приоритетов в покупках товаров первой необходимости, к которым так же относятся лекарственные средства.

В наше время существует большое количество аптек, которые отличаются ассортиментом, ценами, режимом работы. Интернет-аптека – очень удобный и быстрый способ найти нужный препарат, воспользовавшись алфавитным указателем, поиском лекарственных средств по группам или выделения сезонных препаратов на главной странице сайта и так далее.

Однако существующая на данный момент нормативно-правовая база не достаточным образом регулирует данный вопрос. Она требует анализа и доработки законодательной базы, обобщения и использования опыта других стран. Этим определяется новизна исследования.

С учетом того, что в большинстве стран Евросоюза и в США подобная практика существует уже более 20 лет, наша страна имеет возможность изучать и использовать зарубежный опыт, приспособив его к особенностям российского фармацевтического рынка [1].

Технический прогресс не стоит на месте и сейчас мы видим, какое идет стремительное развитие цифровых технологий и сервисов. Возникшие в 2019 году риски здоровью россиян вследствие нового заболевания COVID-19, способствовало разработке и формированию нормативно-правовой базы розничной продажи лекарственных средств дистанционным способом, что можно считать своевременным и целесообразным ответом на вызовы времени. Можем смело предположить, что в ближайшем времени такой способ приобретения лекарств будет востребован не меньше, чем онлайн-продажа любых других товаров. Угрозы второй волны пандемии, необходимость защищать здоровье своих граждан, большинство стран диктуют необходимость решения многочисленных проблем онлайн-торговли лекарственными препаратами при совместной работе органов государственного управления, науки, бизнеса и населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О приобретении лекарств онлайн в период пандемии коронавируса. URL: https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=14336&sphrase_id=2972682.

2. Перова А. А., Воловская Н. М. Интернет-маркетинг: сущность, задачи, преимущества и перспективы развития // Экономика и бизнес. – 2018. – № 9. – С. 132–135.

3. Рынок Интернет-торговли в России. Ассоциация компаний Интернет-торговли. URL: www.akit.ru.

4. Рынок Интернет-аптек: цифры, факты и тренды. URL: <https://www.shopolog.ru/metodichka/analytics/rynok-internet-aptrek-cifry-fakty-i-trendy>.

5. Коммерческий сегмент российского фармрынка увеличился почти на 14 % за первое полугодие 2020 года. URL: https://novamedica.com/ru/media/theme_news/p/10816-kommercheskiy-segment-rossiyskogo-farmryinka-uvelichilsya-pochti-na14-za-pervoe-polugodie-2020-goda-dsm-group.

6. Баранов Д. Е., Чеснокова Н. Н. Надлежащая аптечная практика: организационный и правовой аспекты // Ремедиум. – 2017. – № 3. – С. 6–8.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ,
В РАМКАХ ЭКОСИСТЕМЫ ЦИФРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
Николаев Виталий Александрович

*Россия, Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова, Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова*

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти в мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), подавляющее большинство летальных исходов (85 % на 2016 год) от ССЗ произошло в результате сердечного приступа и инсульта [1].

Актуальность проблемы ССЗ, а в частности инсульта или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), определило необходимость по совершенствованию организации и оказания медицинской помощи населению и применению передовых методов восстановительной медицины – телемедицинской реабилитации (телереабилитации).

Сложившаяся ситуация с пандемией придала новый импульс цифровой трансформации системы здравоохранения, что сказывается на преобразовании всей медицинской отрасли, включая изменение организационных моделей на основе новых цифровых технологических возможностей. Национальный проект «Здравоохранение» [2], а также национальная программа «Цифровая экономика Российской Федерации» [3] определили цифровизацию системы здравоохранения как одно из ключевых направлений для обеспечения равноправным и всеобщим доступом к качественным медицинским услугам.

Цель исследования – анализ организации телереабилитации пациентов, перенесших инсульт, в рамках экосистемы цифрового здравоохранения.

Материалы и методы. В научной работе использовалась совокупность комплексных методов исследования в системе общественного здравоохранения, направленных на аналитическую обработку информации, включающих в себя анализ и синтез, абстрагирование, индукцию и дедукцию. Эти методы способствовали систематизации собранного материала для успешного его изучения и написания статьи.

Материалом анализа послужили данные из открытых источников. Ключевые слова (инсульт, телереабилитация, цифровые технологии в реабилитации, организация телемедицинской реабилитации в постинсультном периоде и др.) для контент-анализа были сгруппированы в вариативных комбинациях на русском и английском языках, что позволило охватить более широкий спектр проблем, связанных с организацией и применением телереабилитации в постинсультном периоде.

Результаты и обсуждение. Современное здравоохранение нацелено на решение глобальных стратегических задач развития страны и одним из направлений трансформации здравоохранения становится формирование новой и более совершенной системы управления, которая должна обеспечить наиболее эффективное функционирование медицинских организаций в условиях изменений и растущих потребностей населения в медицинских услугах, среди которых и реабилитация [4].

Применение цифровых технологий в реабилитационном процессе позволяет сформировать комфортную безбарьерную терапевтическую среду с индивидуальными занятиями, обеспечивая более гибкие варианты восстановительного лечения с персональным подходом к каждому, что отвечает национальным задачам современного здравоохранения при организации оказания медицинской помощи на всех ее этапах, учитывая управленческие, финансовые, организационные и технические ресурсы [5, 6].

В Проекте ВОЗ по глобальной стратегии в области цифрового здравоохранения на период 2020–2025 гг. акцентируется внимание на необходимости формирования новых организационных подходов при использовании телемедицинских технологий, в основе которых лежит формирование инфраструктуры и материально-технической базы в интересах укрепления здоровья нации и обеспечения всеобщего охвата медицинскими услугами, в том числе для людей с ограниченными возможностями [7].

В России применение телемедицинской реабилитации осуществляется с учетом стандартов медицинской помощи и с соблюдением требований, установленных законодательством в области персональных данных и врачебной тайны [8].

Целью такой телереабилитации является улучшение доступа к восстановительной терапии, максимально возможное восстановление функций организма под дистанционным контролем и руководством врача [9].

Причем такая цифровая трансформация затрагивает не только технологии профилактики, лечения и реабилитации, но и саму организационно-функциональную структуру системы здравоохранения. Поэтому дальнейшее направление ее развития – формирование системы поддержки принятия врачебных решений, а также оптимальное использование имеющихся ресурсов, повышение качества и доступности медицинской помощи.

В этом отношении организационные аспекты представляют собой ключевой фактор взаимодействия, поскольку развитие эффективных телемедицинских услуг в реабилитации пациентов, перенесших инсульт – это не только и не столько вопрос цифровых технологий, сколько эффективный и слаженный выбор организационных решений. Поэтому в новой модели цифрового здравоохранения России важна сбалансированность цифровых и управленческих решений для организации и проведения телереабилитации.

Заключение. Инсульт продолжает оставаться одним из самых тяжелых и распространенных ССЗ и его последствия влияют на все системы и функции организма, что требует от организаторов здравоохранения разработки и формирования новых управленческих подходов к организации и проведению реабилитации, согласованного междисциплинарного взаимодействия специалистов разного профиля на базе перспективных технологий «цифровизации» для достижения стратегических целей России по укреплению общественного здоровья. И телереабилитация, которая стала новым направлением телемедицины, способна кардинально улучшить качество и доступность медицинской помощи для пациентов, перенесших ОНМК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания. URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (Дата обращения 19.10.2021).
2. Министерство здравоохранения РФ. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie> (Дата обращения 19.10.2021).
3. Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций РФ. «Цифровая экономика РФ». URL: <https://digital.gov.ru/ru/activity/directions/858/> (Дата обращения 19.10.2021).
4. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик. – 4-е изд., перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 672 с.
5. Цифровизация здравоохранения: опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 44 с.

6. Николаев В.А., Николаев А.А. Система телемедицинской реабилитации пациентов, перенесших инсульт: схема управления. *Менеджер здравоохранения*. 2021;6:60–70. DOI: 10.21045/1811-0185-2021-6-60-70.

7. ВОЗ. Проект глобальной стратегии в области цифрового здравоохранения на 2020–2025 гг. URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-draft-global-strategy-on-digital-health-2020-2024-ru.pdf?sfvrsn=e9d760b3_2 (Дата обращения 19.10.2021).

8. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

9. Владзимирский А. В. Телемедицина / А. В. Владзимирский, Г. С. Лебедев – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 576 с.

**ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

Орлова Анастасия Петровна, Днепровская Ирина Валерьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Телемедицина, телемедицинские технологии и телемедицинские услуги в последнее время тесно связаны с медициной в России и мире. Дистанционное оказание медицинской помощи пациентам все чаще применяется как в частных медицинских учреждениях, так и в государственных медицинских организациях. Однако внедрение и развитие телемедицинских услуг в частном секторе здравоохранения значительно проще и не требует множеств согласований. Поскольку в частных медицинских организациях оказание медицинских услуг пациентам направлено не только на оказание качественных услуг, но и на обязательное клиентоориентирование, поэтому ценится время врача и пациента, их безопасность, особенно это актуально в условиях пандемии COVID-19. Оказание телемедицинских услуг (консультаций, приемов) в частной медицинской организации является взаимовыгодной формой медицинской помощи, как для клиники, так и для пациента, это обусловлено тем, что телемедицинские услуги в большинстве случаев стоят дешевле, нежели консультация или приемы врача непосредственно в медицинской организации. А также, в частных клиниках зачастую остро стоит вопрос об оказании повторных приемов (консультаций) пациентам, особенно оказываемых за наличный расчет, например, если пациент не нуждается в листе нетрудоспособности, то зачастую при наступлении выздоровления или даже улучшении состояния пациент не хочет платить деньги за повторную консультацию. А оказание телемедицинских консультаций решает эту проблему, так как более низкая стоимость и возможность получить услугу удаленно, не тратя время на проезд до медицинской организации, и оказание услуги в удобное время делают услугу привлекательной для пациента. Таким образом, пациент получает качественную медицинскую помощь, завершает правильно лечение и остается доволен как полученным лечением

в частности, так и всем учреждением в целом, он готов вернуться в клинику и советовать ее своему окружению, что благотворно сказывается на репутации медицинской организации. Медицинское учреждение в свою очередь получает оказанные услуги (повторные приемы), не теряя пациентов и обеспечивая загруженность кабинета и врача. [1]

Для более эффективной работы организации и увеличения количества услуг, оказываемых с применением телемедицинских технологий, проводится анализ так называемой загруженности кабинетов врачей различных специализаций (профилей). Выявляются часы, в которые врачи более загружены оказанием услуг пациентам, находящимся непосредственно в медицинском учреждении, и выделяются менее загруженные часы, которые врач сможет рекомендовать пациентам для записи на повторную консультацию посредством телемедицинских технологий. Именно в эти часы, возможно решить проблему с загрузкой кабинетов клиники, исключить простой в работе врача и повысить эффективность его работы, а также клиники в целом. Такой подход целесообразен при оказании телемедицинских услуг не только пациентам с наличной формой оплаты, но и принимаемым по договорам ДМС (добровольное медицинское страхование). Страховые компании, как правило, согласовывают прејскуранты на оказание телемедицинских консультаций по стоимости ниже стоимости консультаций, оказываемых непосредственно в медицинской организации. Поэтому оказание услуг в менее загруженное время и без потери пациента будет выгодным для медицинской организации, а качество оказания услуг при этом не пострадает, скорее наоборот, врач и пациент затрачивают меньше времени с большей продуктивностью.

В государственном секторе здравоохранения ситуация с оказанием телемедицинских услуг выглядит не так привлекательно. Раньше было сложно закупить необходимое оборудование для обустройства кабинета и оказания дистанционных консультаций, поскольку закупка такого оборудования могла бы считаться нецелевым использованием средств. Однако пандемия COVID-19 внесла свои коррективы и в этот процесс, теперь, когда необходимо обеспечить лечение пациентов с использованием всех необходимых мер по профилактике и снижению рисков распространения коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, то закупка оборудования для оказания телемедицинских услуг (консультаций, приемов) может производиться из средств ОМС,

тем более что дорогостоящее оборудование не требуется. Повторные, а при необходимости и первичные консультации с использованием телемедицинских технологий помогают решить вопросы с разделением и уменьшением потока пациентов в медицинском учреждении, дают возможность оказать услуги пациентам, находящимся на диспансерном наблюдении, сократить время ожидания консультации, а также телемедицина – это вариант оптимизации кадровых решений. Причина, по которой не все государственные учреждения, особенно поликлиники готовы оказывать телемедицинские услуги (консультации), к сожалению, заключается в нехватке врачей узких специальностей, в недофинансированности медицинских учреждений, в нехватке необходимого оборудования. В итоге медицинские организации имеют возможность оборудовать только один-два кабинета для оказания телемедицинских услуг, а значит, врач не может, находясь в своем кабинете оказывать поочередно услуги очного и дистанционного формата, он должен перейти в специально оборудованный для телемедицинских услуг кабинет. Это не способствует сохранению времени, а значит, ухудшает эффективность оказываемой услуги, которая должна выполняться с сохранением времени не только пациента, но и врача. В настоящее время врачи терапевты и инфекционисты загружены на приемах пациентов с заболеваниями ОРВИ, коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 и других острых инфекциях, а при острой нехватке специалистов оказание дистанционных услуг особенно востребовано, однако данные услуги во многих медицинских организациях остаются недоступными.

Оказание телемедицинских услуг дополнительно осложняется рядом юридических вопросов, на которые не всегда есть однозначные ответы. Так, например, возникает вопрос, возможно ли оказание повторной консультации врачом той же специализации, но который не является лечащим врачом, например, по причине отсутствия врача, в том числе по болезни врача? Закон на этот вопрос отвечает отрицательно, то есть телемедицинские услуги (консультации, приемы, диспансерное наблюдение и так далее) осуществляются только лечащим врачом [1]. Или, например, является ли оказание телемедицинских услуг правом или обязанностью врача и медицинской организации? На данный момент, это лишь право, а внесение в должностные инструкции врача необходимых правок могут вменить

телемедицинские консультации в обязанность врача. Подобные нюансы затрудняют использование телемедицинских услуг в расширенном формате. Однако необходимо находить пути решения вопросов для повышения эффективности оказания телемедицинских услуг, поскольку дистанционные технологии уже являются неотъемлемой частью нашей жизни, облегчают многие задачи и повышают возможности оказания услуг, отвечающих современным требованиям и технологиям. Проработка законодательных вопросов в сфере телемедицинских услуг повысит не только качество, но и доступность дистанционной помощи населению, послужит росту рынка телемедицинских технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соболева С. Ю., Голиков В. В., Тажибов А. А. Информационные технологии в здравоохранении: особенности отраслевого применения // E-Management. – 2021. – Т. 4. – № 2. – С. 37–43.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. N 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (зарегистрировано в Минюсте РФ 09.01.2018 № 49577) // СПС «КонсультантПлюс». // Опубликовано 10.01.2018 на официальном интернет-портале правовой информации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201801100021?index=0&rangeSize=1> / (дата обращения: 17.10.2021).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТОВ ЦИФРОВИЗАЦИИ В ЭКОНОМИКЕ РОССИИ

Поворина Алена Владимировна

Россия, Государственная корпорация «Ростех»

В декабре 2016 года Владимир Путин заявил о необходимости разработки программы «Цифровая экономика» и отдал соответствующее поручение правительству.

Госпрограмма «Цифровая экономика» содержит пять базовых и три прикладных направления развития цифровой экономики в России на период до 2024 года. К базовым направлениям относятся нормативное регулирование, кадры и образование, формирование исследовательских компетенций и технических заделов, информационная инфраструктура и информационная безопасность. К прикладным – государственное управление, «умный город» и здравоохранение.

Согласно программе, к 2025 году 97 % домашних хозяйств в России должны иметь широкополосный доступ к интернету (100 Мбит/с), во всех крупных городах должны быть развернуты сети 5G. Планируется также, что российские вузы будут выпускать более 120 тыс. специалистов в IT-сфере в год.

Госкорпорация Ростех принимает активное участие в построении «цифрового» будущего, работая как по базовым, так и прикладным направлениям реализуемой программы. Так, в рамках госпрограммы «Цифровая экономика» Ростех определен центром компетенций «Формирование исследовательских компетенций и технологических заделов» по пяти технологическим направлениям: нейротехнологии и искусственный интеллект; промышленный интернет; компоненты робототехники и сенсорики; технологии беспроводной связи; системы распределенного реестра.

Отвечая за формирование технологических заделов в рамках государственной программы «Цифровая экономика», Госкорпорация Ростех осуществляет поиск перспективных проектов и определяет технологических лидеров, сотрудничество с которыми открывает новые возможности для развития цифровых систем. К примеру, одним из последних значимых

совместных проектов можно выделить сотрудничество с проектом Vostok. Стороны будут совместно внедрять технологию блокчейн в инфраструктуру цифровой экономики.

В рамках соглашения Ростех и Vostok создадут проектный офис для реализации госпрограммы «Цифровая экономика Российской Федерации». Прежде всего, компании планируют внедрение платформы Vostok для сбора, хранения и обмена данными между государственными органами, гражданами и муниципальными учреждениями. Также предполагается развитие совместных компетенций по всем «сквозным» технологиям, обозначенным в государственной программе.

Другим значимым технологическим партнером Ростеха в проектах в сфере цифровой экономики выступает компания NtechLab, совместно с которой Корпорация внедряет систему интеллектуальной видеоаналитики. Эта система распознает лица людей, попавших в поле зрения видеокамер, с высокой скоростью и точностью осуществляет их поиск по базам данных. Обработка базы из 1 млрд фотографий занимает менее чем полсекунды [1].

Подобные уникальные технологии создаются на базе «умной» конверсии – разработки военного назначения успешно переориентируются безопасности на гражданский сегмент. Созданием гражданских IT-продуктов деятельности на базе военных разработок в области информационной безопасности занимается научно-производственная компания «Криптонит», которую учредили концерн «Автоматика» Госкорпорации Ростех и компания «Цитадель».

Основными сферами деятельности НПК «Криптонит» выступают криптография и квантовые вычисления, машинное обучение и хранилища больших данных, безопасность решений на основе технологии блокчейн.

Еще в конце 2016 года Ростех принял и утвердил стратегию электронного кластера, который должен стать ключевым с точки зрения участия Корпорации в развитии цифровой экономики России и увеличении производства высокотехнологичной гражданской продукции. Лидерами в этой сфере выступают Национальный центр информатизации (НЦИ) и холдинги «Швабе», «Росэлектроника», цифровой концерн «Автоматика».

Радиоэлектронный кластер (РЭК) Ростеха прогнозирует увеличение выручки по гражданской продукции до 60 млрд рублей. Основной рост

обеспечивается за счет реализации крупных инфраструктурных проектов, внедрением технологий «Безопасного города» в регионах РФ, комплексным оснащением медицинской техникой учреждений здравоохранения. В частности, это и такие масштабные инфраструктурные проекты, как «Умный город», «Электронное здравоохранение», «Электронное образование».

Реализация проекта «Умный город» станет одним из ключевых этапов перехода к цифровой экономике. Ростех уже внедряет такие элементы проекта, как «умное освещение» и «умные светофоры» в различных регионах страны. При этом Госкорпорация может предложить целый комплекс решений в этой сфере не только России, но и на экспорт. Мировой рынок таких технологий растет на 19,6 % ежегодно [2].

Госпрограмма «Цифровая экономика» предусматривает большую работу по информатизации здравоохранения. Проект «Электронное здравоохранение» уже охватывает тысячи государственных медицинских организаций России, а к 2025 году этот показатель достигнет 95 %. Национальный центр информатизации по заказу Минздрава РФ работает над ключевой составной частью данного государственных проекта – совместно Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) [3].

Проект «Автоматизированные системы управления», созданный и реализуемый как отдельная полноценная экосистема, позволяет заделов собрать в единую структуру не только разрозненные компьютерные сети, но и промышленные объекты, каждый из которых интегрирован в Сеть с помощью специальных датчиков или иных технологий. Реализация проекта позволит сократить сроки разработки сложных изделий в два раза, а также снизить себестоимость продукции не менее чем на 10% [4].

Таким образом, залог успеха и конкурентоспособности сегодня – в умении оперативно собирать из отдельных научных групп и центров компетенций с участием индустриальных партнеров эффективные консорциумы, способные создать лучший в мире по техническим и потребительским характеристикам продукт, причем, создавать, как правило (это веление времени), быстрее и дешевле конкурентов. А что для этого нужно? Новый образ мышления, новая организация деятельности, кадры с компетенциями мирового уровня, передовые цифровые технологии и цифровые

платформы, новые бизнес-модели и экосистема инноваций с потенциалом саморазвития, способная обеспечивать конвергенцию и генерировать синергетические эффекты, чтобы создавать и выводить на высокотехнологичные рынки глобально конкурентоспособные продукты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Последние новости и грядущие события Корпорации «Ростех». [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://rostec.ru/news/> Дата обращения: 05.11.2021.
2. Поворина А.В. Цифровая экономика России: достижения, перспективы развития (на примере Государственной корпорации «РОСТЕХ»). / А. В. Поворина, Н. Н. Косинова. // Вестник Академии военных наук, №2, 2020. – С. 50–65.
3. Косинова Н. Н., Попова М. Ю., Поворина А. В. Особенности методологии управления проектами в условиях цифровой экономики. / В сборнике: Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов V Международной научно-практической конференции. Волгоград, 2021. С. 27–33.
4. Поворина А. В. Достижения цифровой экономики России (на примере государственной корпорации «Ростех»). / В сборнике: Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. Сборник научных трудов по материалам 6 Международной научно-практической конференции. – Ставрополь: СЕКВОЙЯ, 2021. – Ч. 1. – с. 125–131.

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НОВАЯ ПАРАДИГМА ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

***Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна,
Майстер Регина Алексеевна***

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

На сегодняшний день информационно-коммуникационные технологии оказывают влияние на развитие системы здравоохранения во многих странах, особенно благодаря применению мобильной связи, что способствовало началу новой парадигме мобильных медицинских услуг, таким образом, сделав оказание медицинской помощи более доступным и эффективным. Качество информации, благоприятные условия, доверие играют важную роль в формировании общего представления пользователей о мобильных медицинских услугах.

Цифровое здравоохранение представляет собой совокупность факторов, направленных на улучшение работы медицинских учреждений, путем применения сервисов и электронных гаджетов для взаимодействия врача и пациента удаленно, то есть дистанционно. Включает в себя электронный документооборот, применение искусственного интеллекта для большей обработки медицинских данных. Такое нововведение помогает предоставить услуги здравоохранения в домашних условиях. Процесс оказания медицинской помощи становится более эффективным и доступным для многих групп населения [1]. Введение электронных медицинских карт во многом упрощает работу врача, и дает уверенность в том, что данные о пациенте не потеряются через какое-то время и не будут уничтожены, если пациент не будет посещать медицинское учреждение несколько лет.

В сфере управления цифровое здравоохранение является совокупностью компьютерных программ для управления медицинским учреждением. Цифровизация управляет потребностями граждан в области здравоохранения, усовершенствует качество данных для оказания своевременной, безопасной медицинской помощи. Цифровая трансформация представляет собой управление преобразованиями с помощью технологий, которые содействуют повышению эффективности и качеству оказания услуг [2].

Цифровое здравоохранение является парадигмой в функционировании медицинских учреждений. Искусственный интеллект изменил мировую систему здравоохранения, позволил переработать систему медицинской диагностики, разработать новые лекарственные препараты, повысил качество услуг и снизил расходы медицинских клиник. Разрабатываются алгоритмы для помощи врачам при решении самых разнообразных задач: оценка вероятности осложнений заболеваний; удаленная первая медицинская помощь и сбор данных пациента; помощь в постановке диагнозов и назначение лечения в сжатые сроки и неполноты информации; анализ данных тяжелобольных пациентов в режиме реального времени. Так же внедрение цифровых технологий поможет молодым врачам в получении опыта и знаний от ведущих врачей мира [3].

Развитие цифрового процесса усилилось в условиях пандемии, так как эти технологии направлены на уменьшение распространения COVID-19. Сдав тест, результаты приходят в течение нескольких дней, и теперь не обязательно ходить за ними в учреждение, в котором делался тест. Введение новых технологий позволяет узнать результат теста, не выходя из дома. Таким образом, человек меньше будет создавать опасность для окружающих.

Телемедицина, которая является следствием внедрения цифровых технологий, дает возможность передавать рентгеновские снимки и изображения, полученные в результате КТ или МРТ обследования, в медицинские учреждения на больших расстояниях от места оказания помощи в случае, если там нет профильного специалиста или требуется дополнительное экспертное мнение для постановки диагноза и назначения дальнейшего лечения. Эти данные выводятся на экран компьютера, врач изучает полученную информацию и уточняет диагноз.

Исходя из сказанного выше, сделаем вывод, что цифровые технологии являются главным направлением развития сферы здравоохранения во всем мире и могут помочь различным государственным и частным больницам в разработке оказания услуг. Поскольку качество медицинской информации имеет большое значение для граждан, такое немедленное обслуживание может помочь им легче освоить технологию цифрового здравоохранения. Кроме того, необходимо разработать простой и удобный интерфейс, чтобы любой пациент мог воспользоваться им и использовать его с легкостью. Это

может включать использование мобильных приложений на смартфоне или легкодоступных центров обработки вызовов, которые подключают пациентов к технологии цифровой медицины, таким образом, способствуя предоставлению соответствующих услуги в области здравоохранения населению.

Список литературы

1. Зарубина, Т. В. Интегрированная электронная медицинская карта: состояние дел и перспективы / Т. В. Зарубина, С. Л. Швырев, В. Г. Соловьев, С. Е. Раузина, В. С. Родионов, О. В. Пензин, М. Ю. Сурин // Врач и информационные технологии. – 2016. – № 2. – С. 35–44.

2. Семенов, А. Б. О построении региональной системы управления медицинскими изображениями/ А. Б. Семенов, А. А. Кошкарров // Тезисы докладов международного конгресса «Информационные технологии медицине 2016» [Электронный ресурс]. – М. : «Консэф», 2016. – Режим доступа: <http://itm.consef.ru/dl/2016/08/16/o-postroenii-regionalnoy-sistemy-upravleniya-meditsinskimi-izobrazheniyami.pdf>, 0,125 у.п.л.

3. 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

4. El-Wajeeh, M., Galal-Edeen, G., & Mokhtar, H. (2014). Technology acceptance model for mobile health systems. IOSR Journal of Mobile Computing and Acceptance, 1(1), 21–33.

5. Telemedicine: opportunities and developments in Member States – report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series – Volume 2. Geneva: World Health Organization. 2010. URL: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf (по состоянию на 7 октября 2020 г.)

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пономарев Сергей Вадимович

*Россия, ФГБОУ ВО РЭУ им. Г. В. Плеханова Волгоградский филиал
Научный руководитель: кандидат сельскохозяйственных наук,
доцент Савина Светлана Анатольевна*

Состояние системы здравоохранения, ее ресурсные проблемы, качество и стоимость предоставляемых услуг и, следовательно, общественное здоровье – это вопросы, которые регулярно обсуждаются не только в органах власти, но и среди населения. Доподлинно известно, что существенные изменения в любой из сфер важных для общества, особенно в здравоохранении, могут стать причиной бумеранговых процессов, несомненно, опасных для и весьма нежелательных. Такая перспектива внедрения различных изменений должна быть исключена в условиях нынешнего нестабильного состояния политических и экономических институтов, поэтому национальная система здравоохранения требует особенно пристального внимания со стороны государственных административных структур для ее качественной и эффективной модернизации.

Важно заметить, повышенное общественное внимание к проблемам здравоохранения не является особенностью только нашего общества. Во всем мире регулярно проходят дискуссии о необходимости и способах реформирования системы здравоохранения. Это лишь подчеркивает сложность и многоплановость данной проблемы.

Считаю, что в современных реалиях очень разумно и логично обратиться к возможностям информационных технологий, а именно к цифровизации, для поиска решения насущных проблем здравоохранения. Не без оснований цифровизация была определена как главный вектор развития отечественной медицины в рамках национального проекта «Здравоохранение».

К главным направлениям развития цифровой медицины отнесены:

- дистанционное предоставление услуг (телемедицина) [3];
- постоянный мониторинг состояния и предоставление медицинских услуг с помощью носимых интеллектуальных устройств;

- внедрение электронных медицинских карт (ЭМК или ПЭМК).

Преимуществами цифровизации в большинстве исследований являются:

- экономия финансовых ресурсов за счет сокращения времени контактирования пациентов с врачами;
- увеличение общего уровня доступности качественной медицинской помощи;
- развитие предиктивной медицины;
- повышение достоверности и точности клинических исследований.

С точки зрения теории невозможно оспорить выдающиеся достоинства цифровизации. Но для того, чтобы в полной мере реализовать данные преимущества, необходимо уделить внимание следующим моментам.

И так, для регионального здравоохранения интересно третье направление: развитие телемедицины. С одной стороны, это весьма перспективный метод, который имеет ряд преимуществ таких, как сокращение времени оказания медицинской помощи, возможность обращения за помощью к другим специалистам того же профиля, сравнение диагнозов и предлагаемых вариантов лечения. Развитие института второго медицинского мнения, сокращение медицинских расходов и т.д.

К слову, пандемия ускорила рост медицинских центров, применяющих телемедицину, в будущем эта тенденция будет только усиливаться [4]. ВОЗ подчеркнула важность использования технологических решений, таких как телемедицина, в стратегии борьбы с пандемией COVID-19 [1]. Безусловно, это хорошая динамика. Однако есть проблемы, связанные с региональным опытом внедрения телемедицины, которые требуют пристального внимания, исследований, экономических и организационных решений.

Во-первых, такой момент, как запрет на лечение с помощью телемедицины, остается в стороне. Иными словами, услуги телемедицины ограничены советами и рекомендациями. Это хороший вариант на будущее, когда социально-экономические процессы преобразуют структуру расходов на здравоохранение. В настоящее время 95% средств системы здравоохранения расходуется на лечение пациентов. Предполагается, что осознание важности собственного здоровья приведет к переменам: население будет заинтересовано в укреплении здоровья и профилактике заболеваний, и

не менее 80% расходов будут приходиться на эти цели. Как итог, телемедицина будет очень востребована. [2]

Второй важный момент заключается в том, что не все регионы, особенно отдаленные, имеют достаточную техническую базу для проведения подобного рода консультаций. Решение данной проблемы требует поиска дополнительных источников финансирования или расширения комплекса платных медицинских услуг. Кроме того, нехватка технического оборудования усугубляется кадровым голоданием, в том числе кадрами, обладающим навыками работы с компьютером.

Третий, не менее важный момент. Стоимость оказания телемедицинских услуг очень приближена к стоимости очного приема в некоторых городах России. Например, в Курске, Воронеже, Липецке, Орле и Белгороде очный прием обойдется примерно в ту же сумму, что и телеконсультация в Москве. По словам представителей медицинских центров, предоставляющих телемедицинские услуги, запросы из регионов растут. Если в апреле 2020 года 50 % заболевших затронули Москву, Московскую область и Санкт-Петербург, то к концу года доля столицы снизилась до 34 %. По различным причинам граждане обращаются за помощью в столицу нашей Родины охотнее. Из этого следует, что телемедицина не способна решить кадровую проблему регионального здравоохранения, а напротив вызовет отток ресурсов вслед за пациентами в центр. Что только усложнит текущую ситуацию.

А также не будем упускать из вида, что цифровизация здравоохранения, осуществляется в условиях неравномерного технического оснащения регионов. Без необходимого оборудования внедрение ЭМК находится под вопросом, поскольку возникают организационно-финансовые барьеры. Такие, как вероятность потери карты, в случае сбоя системы, создание дубликата, оборудование рабочего места врача, а также фактически отсутствующее учебно-методическое обеспечение, то есть возможность повысить компьютерную грамотность среди врачей среднего и пенсионного возрастов, при том, что эта категория медицинского персонала, как известно, преобладает в регионах.

Уверен, что учет перечисленных нюансов цифровизации региональных систем здравоохранения позволит предотвратить нежелательные последствия и повысить эффективность её внедрения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. RB.RU: сайт. – 2020. – URL: <https://rb.ru/opinion/digital-healthcare-in-russia/> (дата обращения: 16.10.2021).
2. RB.RU: сайт. – 2020. – URL: <https://rb.ru/longread/chernin/> (дата обращения: 17.10.2021).
3. РБК Тренды: сайт. – 2020. – URL: <https://trends.rbc.ru/trends/tag/telemedicine/> (дата обращения: 16.10.2021).
4. vc.ru: сайт. – 2020. – URL: <https://vc.ru/u/281441-doktor-ryadom/140942-budushchee-mediciny-datchiki-kontrol-zdorovya-i-geneticheskie-testy/> (дата обращения: 16.10.2021).

ПАНДЕМИЯ COVID-19 КАК ДРАЙВЕР РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В РОССИИ

Рубцова Марина Константиновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук,

доцент Аракелова Ирина Владимировна

В последние годы процесс цифровизации охватил множество сфер деятельности человека, и здравоохранение не стало исключением. На данный момент цифровизация здравоохранения является одним из ключевых трендов в отечественной медицине [1].

В начале 2020 года по всему миру начала активно распространяться пандемия COVID-19. Эта проблема также затронула Россию и оказала серьезное влияние на различные сферы деятельности. Несмотря на множество негативных последствий, пандемия стала временем новых открытий и возможностей. Кризис COVID-19 оказал положительное воздействие на рост рынка телемедицины.

Пандемия привела к тому, что повысилась нагрузка на медицину и здравоохранение, которые старались справляться с проблемами переполненных учреждений.

По данным компании «Web.Ventures» в 2017–2020 гг. суммарный объем венчурных инвестиций в телемедицинские компании в РФ составил более 2 млрд руб., при этом объем рынка по итогам 2019 г. достиг 1,5 млрд руб. По оценке экспертов, в 2020–2025 гг. этот показатель может вырасти до 96 млрд руб. [2].

В условиях пандемии COVID-19 наибольшее распространение получили услуги дистанционных консультаций [1]. Для пациентов преимущества телемедицины очевидны. С помощью телемедицины можно избежать многих проблем со здоровьем или решить их на ходу на ранних этапах. Для этого необходимо лишь записаться на прием и получить быструю консультацию с помощью интернет-технологий.

Для учреждений здравоохранения телемедицина очевидна выгодна, так как позволяет снизить очереди и нагрузку на учреждение за счет

дистанционной консультации. Вследствие этого возможно меньшее распространение COVID-19 в больницах, клиниках и поликлиниках.

Врачи при этом могут работать, не находясь непосредственно в клинике. Также можно спрогнозировать рост числа записей пациентов – люди будут более охотно заботиться о своем здоровье, если это не займет немного времени и не требует поездок [3]. Таким образом, для предприятий здравоохранения телемедицина становится новым активным направлением развития.

К телемедицинским сервисам проявляют интерес и крупные игроки на финансовом рынке. Так с июня 2020 г. на основе компании DocDoc создан бренд СберЗдоровье [4]. Этот шаг в развитии направления здравоохранения посчитали в Сбербанке одним из стратегически важных в экосистеме банка. Благодаря ему потребителю можно будет получить широкий спектр медицинских услуг.

Телемедицина используется лишь в том случае, когда не требуется непосредственный контакт [1]. К примеру, в следующих случаях: контрольные консультации, после выписки пациента из больницы; психотерапия; консультация во время реабилитации; профилактика болезней; сбор и анализ жалоб пациента; корректировка ранее назначенного лечения; принятие решения о необходимости проведения очного приема и т.д.

На фоне переполненных стационаров больниц многие люди с диагностированной коронавирусной инфекцией лечились на дому. Именно для больных, у которых COVID-19 протекал в легкой и средней форме, появились новые центры дистанционного консультирования. Более того подобные центры следили и за состоянием участников испытаний вакцины «Спутник V», а именно звонили им и проводили краткий мониторинг здоровья, фиксировали жизненные показатели, вели электронные дневники [5].

До коронавируса производителям телемедицинских услуг было трудно убеждать людей в преимуществах удаленного общения с врачами. Например, с 2017 года по 2019 год объем российского рынка телемедицины вырос всего на 20 млн долларов. С апреля по декабрь 2020 года по разным оценкам он увеличился на 35 млн долларов [1].

В связи с пандемией COVID-19 большинство людей не могло обратиться к узким специалистам по поводу того или иного заболевания ввиду переквалификации большинства больниц в ковидные госпитали. В апреле 2020

года спрос на удаленные консультации, по данным опроса «РИА Новости», существенно вырос, поэтому клиники, которые успели наладить процесс, сумели получить неплохую прибыль, снимая сливки [6]. Таким образом, при должном уровне удобства для пациентов и правильных коммуникациях все виды дистанционных консультаций могут быть клинике на пользу.

Телемедицина – новое для России направление. Поэтому есть много «болевых точек», требующих доработки. Это, прежде всего, вопросы законодательства, медицинской тайны, защищенности линий и разработка критериев качества оказываемых услуг [7]. По мнению ВОЗ, в настоящее время телемедицина является одним из главных решений в борьбе с пандемией: многие страны приняли экстренные меры по совершенствованию законодательства, регулирующего данную отрасль, и оперативно включили онлайн-консультации в страховые программы [8].

Онлайн и офлайн-формат помогут активно дополнять друг друга и, если раньше люди были вынуждены ходить в поликлинику по любому вопросу, возможно, уже скоро можно будет сделать удаленно на постоянной основе.

В России именно пандемия стала тем драйвером, который заставил резко провести эволюцию здравоохранения, и заставить оперативно трансформироваться, реагируя на новые вызовы. Таким образом, в скором времени основой здравоохранения будут являться телемедицинские технологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Луговская М. В., Зубарева Н. Н. Телемедицина как инструмент дистанционных маркетинговых коммуникаций в сфере здравоохранения // Практический маркетинг. – 2020. – № 12 (286). – С. 29–34.

2. Как развивается рынок телемедицины в России [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2020/09/07/kak-razvivaetsia-rynok-telemeditsiny-v-rossii.html> (дата обращения 20.10.2021).

3. Российская телемедицина начала развиваться гигантским темпами на фоне пандемии // Vebventures: компания Группы ВЭБ.РФ URL: <https://veb.ventures/ru/about/news/129> (дата обращения: 20.10.2021).

4. Шахабов И. В., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Особенности развития цифровых технологий в здравоохранении в условиях пандемии covid-19 // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – №. 6. – С. 66–71.

5. Владзимирский А. В., Морозов С. П., Сименюра С. С. Телемедицина и COVID-19: оценка качества телемедицинских консультаций, инициированных пациентами с симптомами ОРВИ // Врач и информационные технологии. – 2020. – №2. – С. 52-63.

6. В России из-за коронавируса вырос спрос на онлайн-докторов // Сетевое издание РИА Новости URL: <https://ria.ru/20200519/1571650314.html> (дата обращения: 20.10.2021).

7. Фёдоров В. Ф., Столяр В. Л. Телемедицина. Перспективы внедрения // Врач и информационные технологии. – 2020. – №2. – С. 36–44.

8. Шахабов И. В., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Особенности развития цифровых технологий в здравоохранении в условиях пандемии Covid-19 // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 6. – С. 66–71.

9. Цифровое здравоохранение // ВОЗ: Европейское региональное бюро. – URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/physical-activity/news/news/2020/6/prevention-and-control-of-ncds-at-core-of-covid-19-response> (дата обращения: 20.10.2021).

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ ДВОЙНИКОВ: ПОДХОДЫ, МЕТОДЫ И ИНСТРУМЕНТЫ

***Саетова Эльвина Зифилевна,
Орлова Екатерина Владимировна***

Россия, Уфимский государственный авиационный технический университет

Особенностью киберфизических систем в Индустрии 4.0. является коллаборация человека и машины (программы, робототехнической системы). Одной из передовых технологий Индустрии 4.0 является цифровое моделирование и проектирование [1], основой которого является цифровой двойник объекта моделирования. Внедрение цифровых двойников улучшает качество технологического проектирования, ускоряет оценку различных вариантов технологических процессов и снижает барьеры входа на новые рынки. В результате растет эффективность всех производственных операций.

Цифровой двойник представляет собой точную виртуальную модель объекта, который может применяться на стадиях разработки, производства и эксплуатации устройства или реализации процесса проектирования технологических операций. Цель использования цифровых двойников заключается в возможности прогнозировать, контролировать и максимально оптимизировать, когда с минимальными затратами рассматривается множество сценариев вида «что будет, если...». Данные, получаемые из цифровой среды, постоянно обновляют поведение цифровых двойников, обеспечивая их максимальную точность.

В данной работе мы укрупнено выделяем три основных подхода проектирования цифровых двойников: на основе математической модели, статистическое и имитационное моделирование. Подробное описание этих методов и их особенностей представлено в таблице 1.

В сфере здравоохранения также активно начали применяться цифровые двойники для улучшения качества персонализированной медицины, организации эффективной работы медицинских клиник, а также разработки цифровой копии органов и новых лекарств.

Методы и инструменты проектирования цифровых двойников

Методы	Инструменты	Особенности
1. Математическая модель [2, 3] задается набором данных, формируются начальные и граничные условия. Полученная модель позволяет предсказывать разные режимы работы на основе смоделированных свойств объекта	MATLAB пакет прикладных программ для решения задач технических вычислений.	Модель описывается нестационарными нелинейными дифференциальными уравнениями в частных производных. Это гарантирует высокий уровень адекватности реальным материалам, изделиям и процессам.
2. Статистическая модель [4] строится на основании имеющихся эмпирических данных с применением инструментов машинного обучения. Задача построения модели сводится к подбору параметров модели и композиции функций из некоторого семейства	Statistica, Stata, R, Python Программные продукты для статистического анализа, реализующий функции анализа данных, управления данными, добычи данных и визуализации данных с привлечением статистических методов.	Особую роль играет зависимость между факторами влияния или признаками и целевыми показателями, значение которых оценивается. При этом подход не отображает в полной мере действительность происходящего внутри устройства или в ходе процесса.
3. Имитационное моделирование [5,6,7] как частный случай математического моделирования. Это удобный инструмент для анализа ситуаций в разных областях бизнеса и науки, который помогает найти оптимальные решения и узнать более подробную информацию о сложных системах.	AnyLogic программа, которая обеспечивает построение имитационных моделей с использованием разных парадигм – системно-динамическое моделирование, агент-ориентированное моделирование. Среда позволяет разрабатывать модели во многих областях науки и техники	Представление моделей в наглядном и простом для понимания виде без прямого написания уравнений, а также возможность без затрат и рисков проводить имитационные эксперименты над цифровыми объектами

Рассмотрим несколько примеров применения цифровых двойников в медицине.

1. Цифровой двойник сердца. Многие компании работают над программным обеспечением, способное генерировать цифровой двойник сердца пациента, который помогает врачам ставить более точные диагнозы или же определять соответствующее место для установки кардиостимулятора перед хирургическим вмешательством.

2. Геномная медицина. Исследователи Линчэпингского университета с помощью цифровых двойников молекулы РНК выявляют клетки с активными генами, которые являются целями лекарств, чтобы найти самые эффективные по действию препараты и рассчитать их дозы.

3. Разработка лекарств и медицинских устройств. С помощью цифровых можно повысить качество разработки и тестирования новых медицинских устройств и лекарств. Создаются платформы, которые позволят оценивать действие новые препаратов на цифровых моделях пациентов.

4. Планирование операции. Использование цифровых двойников снижает потребность в повторной хирургической операции. Компания Sim&Cure с помощью моделирования мозга позволила нейрохирургам безопасно удалять аневризм.

5. Устойчивость цепочки поставок. Пандемия показала, насколько хрупкими могут быть современные цепочки поставок. Цифровые двойники цепочек поставок позволят медицинским организациям моделировать процессы, чтобы лучше понимать, как планировать ресурсы и закупки оборудования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прохоров А., Лысачев М. Научный редактор профессор Боровков А. Цифровой двойник. Анализ, тренды, мировой опыт. Издание первое, исправленное и дополненное. – М. : ООО «АльянсПринт», 2020. – 401 с.

2. Орлова Е. В. Модели и механизмы согласованного управления производственно-экономической системой: дис. на соискание уч. степени д-ра техн. наук. – Уфа, 2018. – 340 с.

3. Орлова Е. В. Моделирование функции полезности с учетом иррациональных факторов // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Экономические науки. – 2012. – № 3. – С. 24–30.

4. Орлова Е. В. Эконометрическая методология исследования систем: учебник. – Москва : Инфра-М, 2019. – 216 с.

5. Орлова Е. В. Имитационная модель управления стохастическими финансовыми потоками предприятия // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Экономические науки. – 2012. – № 5. – С. 185–189.

6. Петров А. В. Имитационное моделирование как основа технологии цифровых двойников // Вестник Иркутского государственного технического университета. – 2018. – Т. 22. – № 10. – С. 56–66.

**ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ
И ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ**
Сальникова Наталия Анатольевна

*Россия, Волгоградский институт управления – филиал
Российской академии народного хозяйства и государственной службы*

Коронавирус, помимо опасности для жизни и здоровья, поставил всех в довольно сложные психологические условия. Кто-то потерял работу, начал выпивать или расстался со своим партнером. Режим самоизоляции серьезно повлиял на нашу привычную жизнь, а также выявил психологическую неустойчивость, эмоциональное выгорание. Массовые последствия психического характера ученым только предстоит проанализировать. Но уже ясно, что изоляция может привести к различным психологическим последствиям: от повышенного уровня тревожности, бессонницы и эмоциональной нестабильности до посттравматического синдрома и депрессии, а пациенты, которых госпитализируют в больницы с диагнозом COVID-19, страдают от высокого уровня психических расстройств.

Разрабатываемая методология многокритериального предсказательного моделирования на основе интеллектуальных технологий и методов машинного обучения направлена на создание теоретических основ решения научной проблемы синтеза многомерной системы показателей для выявления социально-психологического неблагополучия и психической дестабилизации (СПНиПД) населения [1].

Предлагаемая методология многокритериального предсказательного моделирования поведения сложной динамической системы базируется на основе методов интеллектуального анализа больших объемов информации. Необходимость решения этой проблемы обусловлена несовершенством существующих моделей и методов выявления социально-психологического неблагополучия и психической дестабилизации населения по сей день базирующихся на устаревших методах диагностики и личного взаимодействия [2]. При этом междисциплинарный характер данной фундаментальной научной

проблемы на сегодняшний день фактически не рассматривается из-за узкоспециализированных подходов, применяемых в психиатрической и психологической практиках.

Для решения данной проблемы необходимо провести: теоретическую оценку возможной эффективности сбора диагностических данных о состоянии психологического неблагополучия и психической дестабилизации населения; систематизацию актуальной информации об основных причинах и факторах риска развития нервно-психической неустойчивости личности в современный период; анализ существующих критериев оценки уровня социальной фрустрированности населения и выявить межкритериальные зависимости и системообразующие факторы. В дальнейшем необходимо разработать: модель системы показателей СПНиПД на основе методов машинного обучения и глубокого машинного обучения; методики поддержки принятия врачебных решений на основе машинной кластеризации показателей при диагностике СПНиПД; концепции экспертной медицинской системы диагностики психических заболеваний для врачей психотерапевтов на базе нечеткой логики, способной к самообучению, как инструмента для скрининга и помощи в выявлении нервно-психической неустойчивости; методы многокритериального предсказательного моделирования нервно-психической устойчивости/ неустойчивости на основе анализа динамики поведения населения и провести оценку эффективности предлагаемых методов и моделей [3].

Для решения поставленной задачи был выбран аппарат теории нечетких множеств. Типичный нечеткий классификатор состоит из набора правил типа «если, то» с нечеткими предпосылками и меткой класса вследствие правила. Предпосылки правил разбивают пространство значений признаков на некоторое количество нечетких областей, следствия правил описывают выход классификатора в этих областях. Применение нечетких «если, то» правил позволяет улучшить интерпретируемость результатов, способность проникновения в суть структуры классификатора и в процесс принятия решения. Нечеткие классификаторы используют постепенное изменение степеней принадлежности к нескольким классам. В связи с тем, что нечеткие множества позволяют ввести понятие непрерывности в дедуктивные рассуждения, поведение нечетких систем становится более близким к обычной традиционной

реальности медицинской диагностики. В тоже время нечеткие множества обладают всеми преимуществами символических моделей.

Среди алгоритмов нечеткого вывода был выбран алгоритм Мамдани, руководствуясь его простотой реализации.

В качестве инструмента моделирования был выбран Visual Paradigm for UML, который является профессиональным инструментом UML, который поддерживает полный жизненный цикл программного обеспечения – объектно-ориентированный анализ, объектно-ориентированное проектирование, кодирование, тестирование и развертывания программного обеспечения [4].

На этапе проектирования модуля созданы диаграммы с помощью Visual Paradigm for UML. В качестве примера на рис. 1 приведена диаграмма классов для основного функционала системы.

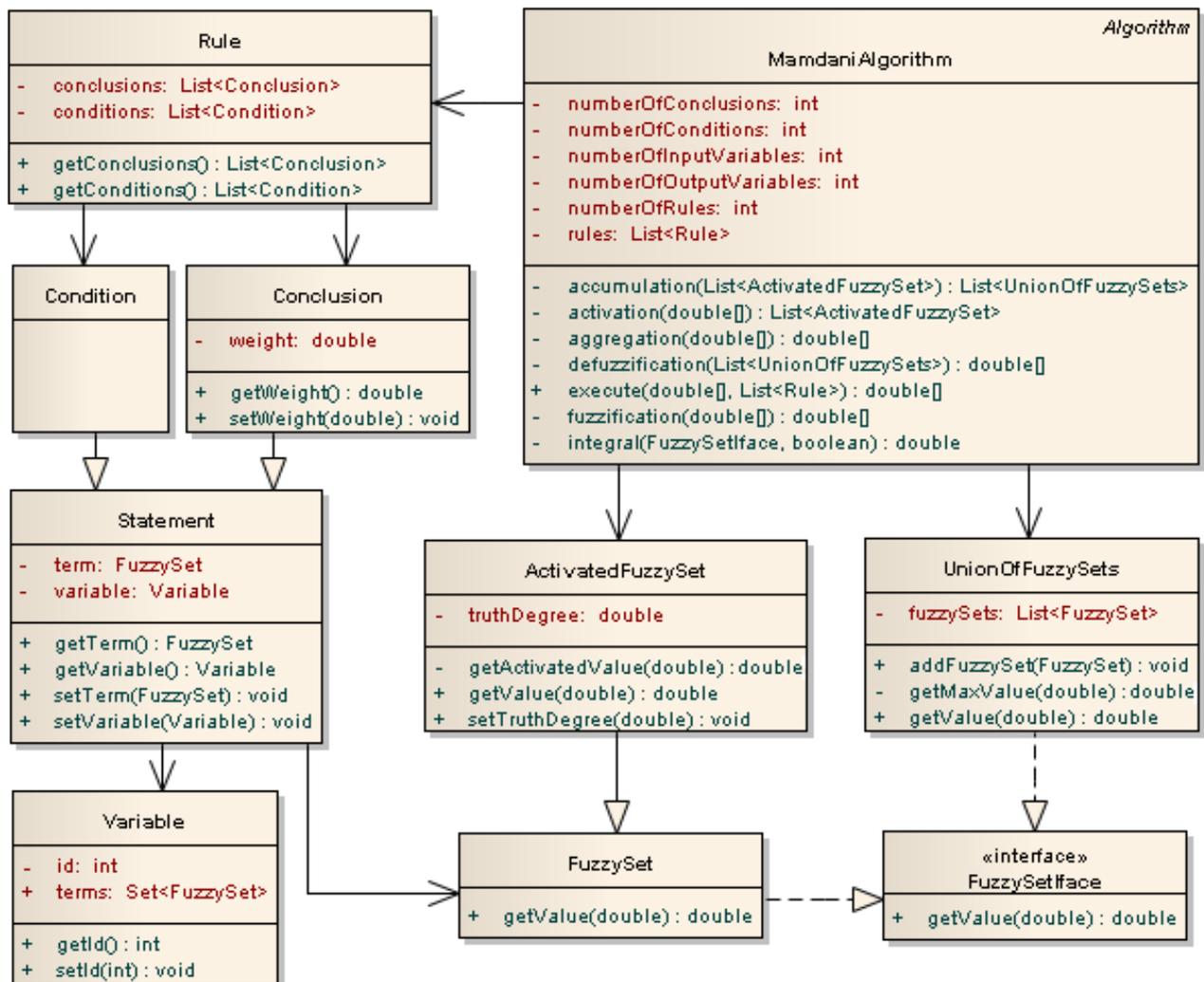


Рис. 1. Диаграмма класса для функционала работы с нечеткими правилами

В итоге был спроектирован модуль медицинской диагностики на основе нечеткого вывода, обеспечивающий возможность сохранения опыта диагностирования психических заболеваний врачом-психотерапевтом, позволяющий повысить согласованность принятия решений экспертов при медицинской диагностике [5]. В качестве средств разработки информационного и программного обеспечения были выбраны инструмент моделирования Visual Paradigm for UML и реляционная СУБД MS SQL Server.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оруджев Н. Я., Поплавская О. В., Черная Н. А., Лемперт Л. Б. Использование информационно-коммуникационных технологий в работе психиатрической службы. Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2015. – № 13 (177). – С. 114–118.
2. Оруджев Н. Я., Поплавская О. В., Соколова А. Г., Лемперт Л. Б. Проблема доступа к электронным документам в психиатрической практике. Известия Волгоградского государственного технического университета. 2015. – № 14 (178). – С. 74–77.
3. Natalia A. Salnikova, Boris A. Lempert, and Mikhail B. Lempert: Integration of Methods to Quantify the Quality of Medical Care in the Automated Processing Systems of Medical and Economic Information. In: Communications in Computer and Information Science. Vol. 535, CIT&DS 2015. Volgograd, Russia, 307–319 (2015).
4. Boris Lempert, Mikhail Statsenko, Natalia Shilina, Lev Lempert, and Olga Shabalina, “Anxiety disorders in the early post-myocardial infarction: Adaptol treatment and the relationship with the quality of medical care evaluated by computer-based system,” (IISA 2016), 7th International Conference on Information, Intelligence, Systems and Applications, 2016, pp. 1–6.
5. Свид. о гос. регистрации программы для ЭВМ № 2016619951 от 1 сентября 2016 г. РФ Модуль медицинской диагностики на основе нечеткого вывода. / Лемперт Л. Б., Кравец А. Г., Поплавская О. В., Сальникова Н. А. – 2016.

ЦИФРОВАЯ АПТЕКА – ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ *Самошина Екатерина Андреевна*

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Лекарственные препараты – являются товарами первой необходимости, при этом до недавнего времени не существовало даже правил их доставки [2]. Онлайн-аптеки растут в мире в среднем на 20% в год. В России хоть рост и составляет 80 %, но доля онлайн пока едва превышает 5–10 %. На текущий момент происходит цифровизация всех сфер жизни. Аптечный бизнес является одним из самых динамично развивающихся секторов российской экономики [1].

В цифровой трансформации аптечного рынка сегодня просматривается несколько отчетливых тенденций [3]. Первая из них связана с автоматизацией процессов внутри аптечной сети, при этом ставшие классическими в других отраслях программы на базе 1С в настоящее время практически не используются в аптеках для товарного учета, а применяются только для бухгалтерского учета на уровне документов, но не товарных позиций и оптимизацией рутинных операций на основании анализа больших данных. Автоматизация данного процесса позволят точно прогнозировать объем заказов у производителей, ассортимент лекарственных препаратов в аптеке, исходя из демографии, выходных и праздничных дней, среднего дохода населения, образования и других параметров покупательской аудитории [1,4].

В настоящее время реализуются пилотные проекты открытой, партнерской работы фармацевтических компаний и аптечных сетей, которые через единый личный кабинет видят реальную картину продаж и товарных запасов в аптеке и своевременно реагируют на потребности населения, выявить дефектуру товара, например, нет в наличии, но потребность в нем есть [2].

Еще одно цифровое направление связано с развитием и созданием единой системы, позволяющей обеспечить возможность выписки «цифрового рецепта» конкретным врачом, передача его дистанционным способом в аптечную организацию, обеспечение учета отпуска лекарственного препарата конкретному пациенту с конкретным диагнозом [1].

На сегодняшний день фармацевтические компании сконцентрируются на предоставлении полного комплекса услуг, разработке лекарственных препаратов, датчиков и приложений, которые объединят информацию и биофизические измерения для оптимизации ухода за пациентами [3]. Новые продукты фармацевтических компаний (датчики, приложения, пр.) позволят обеспечить уникальное обслуживание пациентов, адаптированное к их конкретным потребностям, а не только поставщиками препаратов [4].

Цифровизация дает беспрецедентный доступ к информации. С увеличением количества верифицированной информации, доступной онлайн каждый день, изменится способ работы с ней [2, 3].

Таким образом, применение цифровых технологий повышает эффективность деятельности фармацевтических организаций и на этапе вывода лекарственного препарата на рынок, обеспечения его реализации, поскольку позволяет создавать единые базы данных лекарственных средств, которые значительно облегчают проведение глубокого и развернутого анализа характеристик спроса населения и бизнес-процессов, иллюстрирующей функционирование российского фармацевтического рынка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лаврентьева А. Цифровизация в здравоохранении и фармацевтической отрасли – QuoVadis? Ремедиум. 2018. № S13. С. 202–209.
2. Организация фармацевтической помощи в условиях чрезвычайных ситуации. Самошина Е. А. / Безопасность – 2020 Материалы IV Межрегиональной научно – практической конференции. Волгоград, 2020
3. Проблемы лекарственного обеспечения населения. Самошина Е. А. / Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций сборник материалов. – 2018.
4. Assessment of neuropsychological stability of the doctor in emergency situation. Donika A. D., Eremina M. V., Chekanin I. M., Kalinchenko E. I., Samoshina E. A. // Journal of natural remedies 2020.

ОСОБЕННОСТИ ЦИФРОВИЗАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

***Смирнов Александр Викторович, Гацан Владимир Владимирович,
Бандура Александр Феликсович, Кодониди Максим Иванович***

*Россия, Пятигорский медико-фармацевтический институт (ПМФИ) –
филиал Волгоградского государственного медицинского университета*

17 января 2011 года Министерство образования и науки Российской Федерации утвердило приказ «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация (квалификация (степень) «специалист» [1].

В соответствии с указанным документом в 2011 году для студентов 5-го курса нашего вуза была введена дисциплина «Фармацевтическая информатика». Была разработана и утверждена рабочая программа этой дисциплины, а также календарные планы занятий. После уточнений, доработки и учёта мнений студентов в последующие годы была принята следующая концепция.

В лекционный курс и в практические занятия 2017/2018 года обучения были включены материалы по следующей тематике:

1) Понятие о фармацевтической информатике. Потребности пользователя фармацевтической информации. Прикладные программы на рабочем месте работника аптечной организации. Офисные программы в работе провизора;

2) Коммерческий статус программных продуктов, их версии и способы распространения. Выбор операционной системы и её настройка для рабочего места фармацевтического работника;

3) Автоматизация рабочих мест фармацевтических работников;

4) Информационно-справочные системы по лекарственным средствам. Поиск фармацевтической информации в локальных и глобальных компьютерных сетях;

5) Использование специальных баз данных в работе провизора. Справочно-правовые системы поиска информации;

б) Автоматизация первичного и бухгалтерского учёта в аптечных организациях с помощью программного комплекса «1С: Предприятие 8.3»);

7) Соблюдение компьютерной безопасности фармацевтической организации.

Согласно выделенным учебным часам были разработаны 7 лекций и 17 практических (лабораторных) занятий. Для контроля изученного материала были созданы 4 тестовых компьютерных блока. Так как теоретический материал дисциплины достаточно обширен и его невозможно охватить в объёме выделенных учебных часов, был разработан ряд методических пособий, доступных студентам посредством институтского форума и сайта.

Для обеспечения курса приведённых выше лабораторных занятий администрация вуза приобрела необходимую компьютерную технику: 17 рабочих мест, снабжённых персональными компьютерами, – в одном компьютерном классе и 15 рабочих мест, оснащённых моноблоками, – в другом.

Для наглядной иллюстрации материала лабораторных занятий в указанных компьютерных классах кафедры использовались телевизоры с 40-дюймовой диагональю экрана, подключённые к серверу. В качестве дополнительного торгового оборудования на занятиях употреблялись ручные сканеры штрих-кода, позволяющие считывать информацию с упаковок лекарственных препаратов.

На имеющуюся компьютерную технику было установлено следующее лицензионное коммерческое программное обеспечение:

1) Операционная система “Windows XP” (на персональных компьютерах) и “Windows 10” (на моноблоках);

2. Офисные пакеты «Microsoft Office 2007–2016»;

3. Программа заказа товаров у поставщиков и учёта товаров в аптечной организации «Алгоритм С» (производитель находится в г. Ставрополе);

4. Комплекс программ «1С: Предприятие 8.3».

Для обеспечения безопасности на все компьютеры была инсталлирована бесплатная антивирусная программа «Антивирус 360 Total Security» (производство – КНР), хорошо себя зарекомендовавшая в рейтингах антивирусного ПО.

Кроме указанного программного обеспечения был установлен ряд свободных и бесплатных программных продуктов, также обеспечивающих освоение дисциплины «Фармацевтическая информатика».

Необходимо отметить, что студенты 5 курса, уже освоившие основы фармацевтических дисциплин очень положительно оценивали дисциплину «Фармацевтическая информатика», о чём свидетельствуют регулярно проводимые в конце учебного курса компьютеризированные опросы [2].

27 марта 2018 года Министерство образования и науки Российской Федерации утвердило приказ «Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 33.05.01 "Фармация"» [3].

С нового 2021/2022 учебного года Министерство здравоохранения изменило учебный план и заменило дисциплину «Фармацевтическая информатика» дисциплиной «Фармацевтическое консультирование и информирование». В результате на вопросы фармацевтической информации в этой дисциплине отводится всего 1 лекция и около 5 часов лабораторных занятий. Это на наш взгляд представляется совершенно недостаточным и не позволит качественно подготовить студентов к использованию современных цифровых технологий в фармацевтической отрасли.

Указанная проблема требует тщательного анализа и пересмотра принятых решений. При этом этот тезис вовсе не означает, что надо отказываться от нового направления – «Фармацевтического консультирования и информирования». Требуется разумно сочетать эти две дисциплины, не отказываясь от полноценного использования «Фармацевтической информатики». Именно такое рациональное сочетание позволит нашему студенчеству свободно управлять современными цифровыми технологиями на каждом рабочем месте.

Выводы:

1. Тематика разработанного нами теоретического и практического курса достаточно полно охватывает многие важные аспекты ныне отменённой дисциплины «Фармацевтическая информатика».

2. Замена дисциплины «Фармацевтическая информатика» дисциплиной «Фармацевтическое консультирование и информирование» требует пересмотра принятого решения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17 января 2011 г. № 38 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация (квалификация (степень) «специалист»)» (Консультант-Плюс).

2. Смирнов, А.В. Справочно-правовые системы поиска информации в практической работе провизора / А.В. Смирнов // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. – Пятигорск: Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, 2017. – Вып. 72. – С. 421–425.

3. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27 марта 2018 г. № 219 «Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 33.05.01 фармация» (Консультант-Плюс).

ЦИФРОВИЗАЦИЯ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сосновская Анна Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Укрепление здоровья нации, повышение качества обслуживания населения, повышенное внимание к профилактике заболеваний, одно из основных направлений государственного регулирования в сфере здравоохранения. Одним из ключевых факторов, позволяющих выполнить поставленные перед медициной задачи – это применение современных информационных технологий на всей территории страны.

Следует отметить, что важность цифровизации в здравоохранении обусловлена все возрастающим потенциалом компьютерных технологий. Повышение цифровой грамотности населения позволяет использовать предоставляемые электронные услуги все большему количеству человек [1].

В современных условиях пандемии, возросла необходимость дистанционных услуг, методов лечения, мониторинга жизненных показателей пациента и взаимодействия с врачом. Применение электронной записи позволяет сократить время нахождения пациента в клинике и разгрузить медицинский персонал от рутинной работы. Предоставление результатов теста на COVID-19 в личный кабинет портала Госуслуг, дает возможность получить его в максимально короткие сроки в электронном виде.

Для медицинских работников внедрение новых информационных технологий дает возможность быстрого доступа к данным пациента, получение результатов обследования в онлайн режиме. Это позволяет своевременно назначать необходимые препараты и корректировать проводимое лечение.

Внедрение телемедицины, дает возможность предоставления высококвалифицированных медицинских консультаций даже в отдаленных уголках страны. [2]

Дистанционное образование, являющееся одной из отраслей цифровизации, успешно применяется в здравоохранении. На фоне дефицита

медицинских кадров, позволяет проходить переподготовку медицинского персонала без отрыва от работы, в удобное для обучающегося время.

Развитие и внедрение единого цифрового контура дает возможность увеличить скорость и качество оказываемой медицинской помощи с минимальными затратами денежных средств. Единая база здравоохранения позволит оперативно использовать возможности цифровизации не только пациентам и медицинскому персоналу, но контролирующим органам. Возможность контроля любого сегмента здравоохранения предполагает снижение ошибок в лечебном и административном процессах медицинских организаций [3].

Внедрение и развитие новых информационных технологий в здравоохранении уже в настоящее время значительно повысило социально-экономический уровень Российского здравоохранения. А при полном осуществлении планов по интеграции IT-технологий способно поднять медицину на более высокий уровень [4].

При правильном и эффективном внедрении цифровых технологий возможно улучшение экологической обстановки, экономия бумаги в масштабах страны может спасти не одну тысячу деревьев, а учитывая затраты на её производство благоприятно скажется не только на экологии, но и на экономике страны. Снизится, а со временем исчезнет потребность в хранилищах документов и обслуживающем персонале, работающем в архивах с документами на бумажных носителях.

Следует отметить, что с развитием современных технологий, помогающих улучшить качество жизни, так же быстро, а иногда значительно быстрее развиваются технологические возможности доступа в закрытые базы данных. Возможность несанкционированного доступа к персональным данным и разглашение конфиденциальной информации, является одной из ключевых проблем современной цифровизации. В свете чего становится актуальной защита информации, регулируемая в настоящее время Федеральным законом от 30.12.2020 № 519-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О персональных данных". Для перехода хранения информации с бумажных носителей на цифровые предполагает создание надежного электронного хранилища. Данное хранилище должно гарантировать сохранность информации и возможность доступа в любых условиях.

Подводя итоги анализа внедрения цифровизации в здравоохранение можно сделать следующие выводы: цифровизация нужная и своевременная мера, вносимая в медицину, несущая функцию разгрузки специалистов, расширения возможностей использования электронных услуг всем пользователям системы и имеющий большой потенциал для дальнейшего развития и усовершенствования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Подготовка сотрудников корпораций и госслужащих к цифровой трансформации ПЛАТФОРМА «ЦИФРОВОЙ ГРАЖДАНИН» (апрель 2020) URL: <https://nafi.ru/analytics/tsifrovaya-gramotnost-rossiyan-issledovanie-2020/> (дата обращения 10.10.2021)
2. Косинова, Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения российских регионов / Н. Н. Косинова // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем: сборник научных трудов по материалам VI Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 21–22 мая 2020 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью "СЕКВОЙЯ", 2020. – С. 107–111.
3. Kosinova N.N., Ter-Akopov G.N. Health care digitalization in the digital economy of the Russian Federation: regional experience and directions of development // AEBMR-Advances in Economics Business and Management Research. 2019. Vol. 83. P. 213–217.
4. Kosinova N.N., Ter-Akopov G.N. Digital technologies healthcare: achievements and prospects // AEBMR-Advances in Economics Business and Management Research. 2019. Vol. 81. P. 321–325.

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Тошбоев Айёмжон Наимжонович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Аракелова Ирина Владимировна*

С появлением Интернета у медицины появилась возможность для совершенствования. Наша страна пока находится в начале цифровизации здравоохранения. Но стоит упомянуть, что отечественная медицина в последнее время активно движется в сторону полной цифровой трансформации отрасли, что является отличной новостью для тех, у кого есть стартап в сфере медицины.

В период с 2016 по 2018 году у инвесторов сильно вырос интерес к инновационным проектам в России. Особенно возлагают надежды на российские технологии Азиатские компании. Такая заинтересованность иностранных компаний подняла отечественную медицину на 7 место в рейтинге привлекательных сфер для инвестирования. Общая сумма инвестиций в 2018 году составила порядка 27 млрд рублей, что на 11 млрд рублей больше, чем в 2017. И это без учета ежегодных государственных дотаций в размере 5 млрд рублей в развитие IT в медицине [1].

В 2016 году В. В. Путин в ходе послания Федеральному собранию заявил, что «Россия должна запустить масштабную систему развития цифровой экономики, ориентируясь на отечественные разработки». В этой связи интересен опыт цифровой трансформации в медицине зарубежных специалистов, а также их инновационные разработки.

Рассмотрим некоторые примеры: 1) компания Rivanna в сотрудничестве с BARDA находится на стадии разработки компактного устройства по обнаружению переломов под названием «Assuro XV» для выхода на Американский рынок здравоохранения [2]; 2) Джек Андрака, 15-летний школьник, сумел изобрести тест для диагностики рака поджелудочной железы, который в свою очередь позволяющий выявить онкологическое заболевание в 168 раз быстрее, чем все традиционные тесты, используемые на данный момент [3].

Представим и российские проекты с использованием инновационных технологий, в том числе телемедицинских:

1) Qapsula – телемедицинский сервис, предоставляет своему клиенту возможность сохранять медицинскую информацию, помимо того позволяет получать мед. рекомендации.

2) Izitherm – автономный измеритель температуры человеческого тела. Работает по принципу лейкопластыря – клеится на участок тела, анализирует и отправляет показания в приложение на смартфон.

3) Кардионет – проект IT-маршрутизации скорой помощи за счет внедрения современных технологий позволит построить самый оптимальный маршрут в ближайший стационар. Реализация данного проекта на территории всей РФ позволит сохранять более 1 350 человеческих жизней ежегодно [4].

Подводя итог, можно отметить, что цифровая трансформация медицинских организаций открывает новые возможности для диагностики пациентов, создания удобного сервиса для них и для медицинского персонала. Цифровая трансформации в сфере медицины в настоящее время, в связи с пандемией Covid-2019, происходит во всех странах мира. Остается очень важным вопрос изучения и адаптации опыта других стран.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медицинские стартапы в России: настоящее и будущее рака [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://vc.ru/flood/79276-medicinskie-startapy-v-rossii-nastoyashchee-i-budushchee>

2. Устройство для быстрого обнаружения переломов на основе ультразвука. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://tmexpo.ru/news/ustrojstvo-dlya-bystrogo-obnaruzheniya-perelomov-na-osnove-ultrazvuka>

3. 15-летний школьник, порывшись в Google, придумал гениальный тест диагностики рака [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.mk.ru/science/2012/08/23/740028-15letniy-shkolnik-poryivshis-v-google-bridumal-genialnyiy-test-diagnostiki-raka.html>

4. Какие медицинские стартапы нужны России [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.iidf.ru/media/articles/money/kakie-meditsinskie-startapy-nuzhny-rossii/>

КОРПОРАТИВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ

***Уразбахтина Юлия Олеговна¹, Камалова Камилла Рифовна¹,
Месропян Арсен Владимирович¹, Ахмадеева Лейла Ринатовна²***

*Россия, Уфа, ФГБОУ ВО «Уфимский государственный авиационный
технический университет»¹*

Россия, Уфа, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России²

Современный период развития российского здравоохранения характеризуется объединением персональных данных как по отдельным службам и направлениям медицины, так и в рамках ведомственного здравоохранения. Также эти задачи реализуются в отдельных корпоративных медицинских системах мониторинга состояния здоровья путем формирования территориальных и федеральных регистров.

Корпоративная информационная система (ИС), в том числе медицинская, – это такая ИС, пользователями которой может быть ограниченный круг лиц, определенный организацией-владельцем ИС или соглашением участников этой системы [1].

Корпоративные медицинские системы подразумевают объединение в единую базу данных (БД) (территориальной, федеральной, ведомственной) медицинской информации на однопрофильных больных, обслуживаемых в рамках определенной медицинской службы, но периодически наблюдающихся в учреждениях различного уровня оказания помощи, в том числе и по другим профилям патологии. Корпоративные медицинские системы на основе распределенных баз данных – это объединение информации, которая сохраняется в БД по месту наблюдения, но доступна всем учреждениям, входящим в состав данной корпоративной системы.

В настоящее время с учетом новых технических возможностей началось создание региональных и моделирование глобальных медицинских систем, позволяющих объединять автономно функционирующие в отдельных учреждениях автоматизированные информационные системы (АИС). Для этого применяют как локальные вычислительные сети, так и автономно работающие компьютеры. Работы в этом направлении проводятся в Астраханской, Иркутской, Пензенской областях и ряде других территорий.

В этом случае медицинские документы, находящиеся в БД различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), будут доступны врачам других учреждений, где в это время наблюдаются (лечатся) пациенты (с учетом ограничений, предусматривающих сохранение конфиденциальности и защиты от несанкционированного доступа). Именно такое информационное медицинское пространство клинических данных может рассматриваться как основа для оперативного принятия адекватных лечебно-диагностических решений. Одновременно это позволит осуществлять пространственно-временной мониторинг за медико-демографическими показателями рождаемости, заболеваемости, инвалидности и смертности, обращая особое внимание на так называемые «маркерные» виды социально значимой патологии при одновременной опоре на медико-экономические стандарты, построенные на основе моделей конечных результатов лечения и реабилитации [2].

Объединение данных, накапливающихся в различных территориях, открывает возможности для проведения сравнительных эпидемиологических и медико-экологических исследований при неинфекционных заболеваниях. Таким образом, концепция единого информационного медицинского пространства закладывает основы для организации всеобъемлющего мониторинга за состоянием здоровья населения на принципиально новом технологическом уровне.

Единое информационное пространство открывает новые возможности и для создания территориальных и общероссийских регистров, ориентированных на информационную поддержку врачей в обычных и чрезвычайных ситуациях. На данной основе возможно создание единого информационного пространства служб крови и трансплантологии отдельных регионов (Урал, Сибирь и т.п.) и России в целом, а в дальнейшем объединения с подобными системами других государств [3]. Это означает, что с компьютера любого пользователя в такой сети будет доступна обработка запроса по вопросам обеспечения кровью или ее компонентами, трансплантатами с последующим обменом электронными документами для оперативного решения вопроса о получении необходимых материалов независимо от места нахождения.

В рамках единого информационного медицинского пространства становится возможна реализация «Электронного паспорта здоровья» гражданина Российской Федерации, который должен содержать четко определенный набор демографических сведений и данных о состоянии здоровья индивидуума. За рубежом сходные системы получили название реестров общественного здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Селиванов Д. В. Цифровизация здравоохранения России: проблемы и перспективы // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3.
2. Стародубов В. И., Сидоров К. В., Зарубина Т. В. Оценка уровня информатизации медицинских организаций на этапе создания единого цифрового контура в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3.
3. С. А. Фейламазова. Информационные технологии в медицине: Учебное пособие для медицинских колледжей. – Махачкала: ДБМК, 2016. – 163 с.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ЭТАПЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ

***Щетинина Надежда Александровна, Маркосян Заруи Самвеловна,
Черных Екатерина Александровна***

*Россия, Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко*

В настоящее время наблюдается устойчивое направление развития экономики по пути цифровизации. Принятая в России Программа «Цифровая экономика Российской Федерации» содержит несколько базовых направлений и дополнительные разделы по другим сферам деятельности, в их числе – цифровизация здравоохранения [1].

Цифровизация (digitalization) – это переход к новым процессам, моделям и подходам, основанным на информационных технологиях. Появление видеосвязи, а также мессенджеров, внедрение концепции «умного города», замена бумажного оборота документов электронным, походов по магазинам – заказами через службы доставки, визитов к врачу – телемедициной – это общие примеры цифровизации.

Появление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) вынудила людей использовать удаленные способы получения медицинской помощи. Начиная с 2019 г. по всему миру в 15–20 раз увеличился объем предоставления телемедицинских услуг. Каждый человек хочет получить личный цифровой опыт, и он важен для каждого. Этот опыт новый и волнующий для каждого пациента. Каждый человек, без исключения, хочет получить качественную медицинскую помощь согласно государственным гарантиям, а также информацию о своем состоянии от врача в полном объеме. Нагрузка на медицинский персонал, а именно на врача не уменьшается, каждый доктор плотно работает с пациентом. Исходя из этого следует, что информационные системы в здравоохранении могут обернуть ранее пассивную аудиторию – пациентов – в активных участников рынка. Разработчики производят обновляемые решения с возможностью расширения услуг и пользовательского опыта, а значит, организации здравоохранения должны вписаться в эту

новую парадигму – владения экосистемой вместе с пациентом. Многие люди охотно делятся данными, связанными с собственным здоровьем.

Здравоохранение и искусственный интеллект.

Искусственный интеллект – «...одно из ключевых направлений технологического развития, которые определяют и будут определять будущее всего мира – если кто-то сможет обеспечить монополию в сфере искусственного интеллекта, – ну последствия нам всем понятны – тот станет властелином мира.

Повышение качества услуг в сфере здравоохранения (включая профилактические обследования, диагностику, основанную на анализе изображений, прогнозирование возникновения и развития заболеваний, подбор оптимальных дозировок лекарственных препаратов, сокращение угроз пандемий, автоматизацию и точность хирургических вмешательств [3]). Решения для ранней диагностики заболеваний- помощь искусственного интеллекта и возможность удаленных консультаций с врачом уже меняют традиционное здравоохранение. А пандемия коронавируса рекордно ускорила этот процесс цифровизации. В то же время меняющиеся ценности людей всё больше расходятся с бизнес-моделями организаций здравоохранения: понимая пользу от новых информационных систем, пациенты озабочены рисками безопасности своих конфиденциальных данных. Медицинские организации должны стать партнерами для пациентов и использовать этот опыт сотрудничества, а производители ИТ-решений – найти способы предоставить людям больше свободы действий и сделать каждого «соавтором» своего цифрового опыта. Искусственный интеллект не только ускоряет и облегчает работу врачей – он еще и трансформирует сами принципы этой работы, решая многие проблемы дистанционно. Смартфоны, оснащенные датчиками, могут непрерывно отслеживать состояние здоровья пациента, включая больных респираторными заболеваниями.

Роль искусственного интеллекта, как фундаментальной технологии, меняющей подходы к здравоохранению, возрастает с каждым годом. Медицинские организации подключают искусственный интеллект к существующим рабочим процессам: например, чат-боты помогают дифференцировать пациентов (первичный скрининг) или быстро восстановить цепочки поставок лекарственных препаратов. Цифровые ассистенты выполняют рутинные

процедуры заполнения медицинской документации, позволяя врачам высвободить больше времени на уход за пациентами.

Потребности в удаленных услугах из-за пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19), привлекли дополнительное внимание к новым технологиям и их возможностям, а внедрение сетей 5G обеспечили им необходимую автономность.

Для разработчиков решений в области здравоохранения открывается беспрецедентный спектр инновационных возможностей. Каждый из них может сохранять жизни и здоровье людей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краснова С. А. Развитие цифрового здравоохранения в России на современном этапе / С. А. Краснова, С. В. Краснов // Новейшие достижения и успехи развития экономики и управления. – 2018. – С. 66–69.

2. Указ Президента Российской Федерации от 09.05.2017 № 203 «О Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы» URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41919> (дата обращения 04.03.2018).

3. Программа "Цифровая экономика Российской Федерации" (Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 июля 2017 г. № 1632–р).

4. Информационная гигиена: история и современность / З. С. Маркосян [и др.] // Тенденции развития науки и образования. Сборник научных трудов по материалам III Международной научно-практической конференции. -2020. – С. 9–11.

СЕКЦИЯ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 316.346.32-053.9

THE ROLE OF A MANAGER IN HEALTHCARE *Siddhant Patil (Индия)*

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

Healthcare management is the profession that provides leadership and direction to organizations that deliver personal health services, and to divisions, departments, units, or services within those organizations.

The primary responsibility of health care managers is to foster an environment that can provide necessary and quality health care at maximum profit. They determine budgets, order and receive supplies, administer payroll and benefits, and distribute regular communications. They keep up with relevant health care laws, technology and standards, and represent their organizations at external meetings, such as community forums and investor gatherings. To determine health care needs and how medical decisions affect the procedures and finances of their facilities, managers conduct regular meetings with doctors, vendors and patients.

In offices of individual doctors or small practices, managers may be the only non-medical worker. In larger concerns, they often oversee clerical and other administrative staff. In such cases, they maintain responsibility for interviewing, hiring and sometimes firing these workers. Managers determine salaries, assign work schedules and train staff, ensuring that they work well with existing staff. They may promote employees to supervisory or department head positions. Managers need excellent leadership skills to motivate their employees as well as good interpersonal abilities.

Healthcare managers take measurements to plan and coordinate the operations of health centres. They are primarily responsible for ensuring that the healthcare centres run well and planning, directing, and organising activities as needed.

The four functions of management in a health care setting are planning, leading, organizing, and controlling.

Planning. When you think of planning in a management role, think about it as the process of choosing appropriate goals and actions to pursue and then determining what strategies to use, what actions to take, and deciding what resources are needed to achieve the goals.

Organizing. This process of establishing worker relationships allows workers to work together to achieve their organizational goals.

Leading. This function involves articulating a vision, energizing employees, inspiring and motivating people using vision, influence, persuasion, and effective communication skills.

Controlling. Evaluate how well you are achieving your goals, improving performance, taking actions. Put processes in place to help you establish standards, so you can measure, compare, and make decisions.

The roles of managers vary according to their titles and the functions of their facilities. Hospital administrators are in charge of admissions, staff and upkeep of medical centers, making sure that patients receive the necessary services. In large facilities, clinical managers focus on a specific department, such as surgery or nursing. They set goals and procedures for their areas of responsibility after consulting with other clinical managers and the chief administrator. Health information managers ensure that sensitive medical data is safeguarded from casual and unauthorized access.

Health care management has potential to address the social determinants of health through universal access and through its contribution to empowerment and social cohesion.

Health care manager are so important in our lives because they look after our safety, they do not care of themselves but they do care of people. It is vital that we need to respect them for what they do is thankless and great job. We live our daily life in very safe manner just because of them.

Health care management is a career that lets you make a difference in people's lives. It's your job to make sure doctors and nurses give quality care, and to manage the budget so that a hospital or practice can serve as many people as possible.

Healthcare management focuses on overseeing the direction of a healthcare facility or system, organization-wide initiatives, and «big picture» needs, while healthcare administration focuses on individual departments and budgets, day-to-day operations, and staffing.

Medical and health services managers, also called healthcare executives or healthcare administrators, plan, direct, and coordinate medical and health services. They may manage an entire facility, a specific clinical area or department, or a medical practice for a group of physicians.

REFERENCES

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410123/>

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГУЗ «БОЛЬНИЦА № 16»

Алейникова Татьяна Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Соболев Александр Витальевич*

Аннотация. Статья посвящена особенностям внедрения Бережливого производства на базе ГУЗ «Больница № 16». В процессе исследования существующей системы оказания медицинской помощи, были выявлены производственные потери, отрицательно влияющие на своевременное и качественное оказание медицинской помощи пациентам. Предложены методы совершенствования оказания медицинской услуги на основе принципов Бережливого производства. Выявлены экономические эффекты, позволяющие сократить финансовые потери и оптимизировать рабочее время сотрудников медицинского учреждения. Получены положительные социальные результаты по доступности и комфортности для населения на закрепленной территории.

Abstract. The article is devoted to the peculiarities of the introduction of Lean production on the basis of the GUZ "Hospital No. 16". In the process of researching the existing system of medical care, production losses were identified that negatively affect the timely and high-quality provision of medical care to patients. Methods of improving the provision of medical services based on the principles of Lean manufacturing are proposed. The economic effects allowing to reduce financial losses and optimize working hours of employees of medical institution are revealed. Positive social results were obtained in terms of accessibility and comfort for the population in the assigned territory.

Ключевые слова: бережливые технологии, оптимизация, удовлетворенность пациентов, экономическая эффективность, производственные потери.

Keywords: lean technologies, optimization, patient satisfaction, economic efficiency, production losses.

Введение. Технология Бережливого производства все чаще находит свое применение в лечебно-профилактических учреждениях в России. Положительный опыт внедрения пилотных проектов в различных регионах

показал свою эффективность и рост удовлетворенности среди пациентов первичного звена оказанной медицинской помощью. Философия внедрения технологий бережливого производства ГУЗ «Больница № 16» основана на представлении бизнеса, как потока создания ценности для потребителя, гибкости, выявлении и сокращении потерь, постоянном улучшении всех видов деятельности на всех уровнях организации, вовлечении и развитии персонала с целью повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон.

Идеалом Бережливых технологий является постоянное совершенствование, формирующее поведение работников, нацеленное на достижение высоких результатов, например, сведение к нулю потерь и дефектов, стремление к постоянному улучшению возможностей всех процессов организации.

Актуальность. Актуальность данной работы состоит в том, что существует социальный запрос общества на качественное и своевременное оказание медицинской помощи в большинстве регионах Российской Федерации. Большая часть медицинских учреждений после оптимизации, проведенной в 2014-2018 годах, оказалась неспособной оказывать своевременную медицинскую помощь населению. Проекты по внедрению принципов бережливого производства в первичное звено по оказанию медицинской помощи призваны решить существующие проблемы здравоохранения.

Цель исследования: изучение особенностей внедрения технологий Бережливого производства в ГУЗ «Больница № 16» и оценка экономической эффективности проведенных мероприятий для сотрудников медицинского учреждения и организации в целом.

Задачи:

1. Провести оценку деятельности медицинской организации до внедрения проекта Бережливого производства.
2. Провести оценку деятельности медицинской организации после внедрения бережливых технологий.
3. Выявить экономические эффекты после внедрения проекта Бережливого производства.

Результаты исследования. Результатом непрерывного совершенствования всех аспектов деятельности ГУЗ «Больница № 16» предлагается считать увеличение ценности для потребителя, улучшение потока создания ценности, сокращение потерь.

Основными организационными ценностями Бережливых технологий являются: безопасность; ценность для потребителя; клиент-ориентированность; сокращение потерь; время; уважение к человеку.

Образ бережливой поликлиники ГУЗ «Больница № 16» это:

- оптимальная внутренняя логистика;
- удобная эргономика на рабочих местах персонала;
- выравнивание загрузки медицинского персонала;
- оперативное решение возникающих проблем во всех процессах с минимальными затратами;
- электронный документооборот.

Одним из центральных положений Бережливого производства является понятие ценности для пациента и медицинского работника при выполнении медицинской услуги. В свете этого медицинские специалисты разного профиля ГУЗ «Больница № 16» должны быть клиентоориентированным, что означает: слушать и слышать пациента, обладать способностью к антиципации, выполнять медицинские услуги с самыми высокими критериями оценки качества, обеспечивать их своевременность и при этом оставаться вежливым, доброжелательным и терпеливым, не смотря на особенности поведения граждан.

Пациент оказанные медицинские услуги расценивает, как ценностную категорию, так как он находится в полной зависимости от медицинского работника в процессе поэтапного прохождения в медицинской организации от специалиста к специалисту. Поэтому он ожидает, что врач ГУЗ «Больница № 16» ему окажет такую помощь, которая поможет ему выздороветь, реабилитироваться, восстановить трудоспособность и прожить продолжительную жизнь с сохраненным интеллектом и хорошим уровнем работоспособности.

Существующая система организации медицинской помощи страдает глубоким временным дефицитом, который формируется за счет увеличения доли потерь в процессе оказания медицинской помощи. Составляющие любого процесса оказания услуги (и медицинской в том числе) это – 85 процентов времени занимают потери; до 10 процентов составляет незначимая работа (работа, которая не добавляет ценности услуге, но при текущем состоянии процессов без нее не обойтись); и лишь 5 процентов времени составляет значимая работа (работа, непосредственно создающая ценность для пациента).

ГУЗ «Больница № 16» является медицинским учреждением, оказывающим амбулаторную и стационарную медицинскую помощь. Организация амбулаторно-поликлинической деятельности предусматривает выделение процедур каждого процесса и распределение ответственности.

Учитывая, что ключевой критерий оптимизации процесса является время протекания, то каждый из элементов процесса необходимо хронометрировать. На рисунке 1 представлена карта распределения входящих потоков пациентов ГУЗ «Больница № 16».



Рис. 1. Карта распределения входящих потоков пациентов ГУЗ «Больница № 16» (текущее состояние)

Сбор информации в ГУЗ «Больница № 16» и картирование проводилось на протяжении 5 дней, при этом было проведено 18 измерений. Это значит, что в течение этих дней были проведены наблюдения за пациентами ГУЗ «Больница № 16»: изучен их маршрут по поликлинике; подсчитано время, затраченное на каждом из этапов; шаги, совершенные в пределах поликлиники.

Можно заметить, что в общем случае, при посещении ГУЗ «Больница № 16» пациент проходит 7 этапов. Для того чтобы определить самые проблематичные места, которые добавляют значительное время, рассмотрим каждый этап создания ценности.

1. Первичное обслуживание в гардеробе. После того как пациент переступит порог клиники, в среднем он тратит 45 секунд для того, чтобы прийти

до гардероба, когда на обратном пути, этот же процесс занимает 5–10 секунд. Наблюдение показало: часто пациенты не могут быстро сориентироваться в новом для себя пространстве. Из-за отсутствия наглядной навигации, происходят ненужные перемещения, отсюда следует потеря времени.

Пациенты, которые впервые посещают поликлинику, не знают, где находится гардероб и где они могут найти бахилы. Сам процесс обслуживания составляет 60 секунд. Среднее количество человек в очереди – 1-2 чел.

2. Первичное обслуживание в регистратуре. Перед тем, как попасть в окно регистратуры, пациенты, как правило, проходят очередь равную 6 чел. Согласно проведенному наблюдению, обслуживание в регистратуре в среднем занимает 2 минуты.

Таким образом, ожидание составляет чуть больше 10 минут. Эта цифра может отличаться в зависимости от времени суток: после обеда и до 5 часов вечера очередь сокращается, в то время как в утренние часы приема она может достигать 11 человек в каждое окно, что равняется 22 минутам ожидания. Опрос посетителей поликлиники показал, что в среднем все люди готовы потратить от 5 до 15 минут нахождения в очереди без появления признаков стресса, что показывает необходимость разведения потоков и сокращения времени на данном этапе.

3. Прием у врача. Администрацией установлено стандартное время приема пациентов специалистами около 20 минут. Наблюдения показало, что фактическое время приема составляет около 15 минут. Опрос специалистов также показал стремление к сокращению этого времени. Заполнение карты является этапом, не создающим ценность. В среднем, на него уходит от 2 до 5 минут.

4. Обслуживание в регистратуре для получения дополнительных услуг. На данном этапе пациенты приходят для записи на сдачу анализов, записи к узкому специалисту либо на повторный прием к врачу.

5. Сдача анализов. Проблемы на этом этапе связаны с неверным заполнением записей по анализам, а именно с некорректно указанными входными данными пациентов: имени, фамилии и отчества.

6. Повторное обслуживание в регистратуре. Результаты всех анализов поступают в регистратуру для выдачи клиентам. Соответственно, ошибки, совершенные на прошлом этапе, служат причиной потери времени при поиске

нужных результатов анализов, а отсутствие структурированной системы складирования подобной документации только усугубляет ситуацию.

7. Повторное обслуживание в гардеробе. Последний этап не отличается от первого и занимает эквивалентное ему время в потоке – 2 минуты. Клиент получает одежду, снимает бахилы. На рисунке 2 представлена проектируемая карта распределения входящих потоков пациентов.



Рис. 2. Карта распределения входящих потоков пациентов

Таким образом, будут достигнуты при осуществлении оптимизации процесса оказания медицинской услуги и устранении выявленных потерь:

1. Время ожидания пациента сократится на 10-21 минуту.
2. Количество удовлетворенных пациентов возрастет почти в 2 раза.
3. Произойдет перераспределение обязанностей между специалистами разных уровней, а также перераспределение обязанностей внутри структурных подразделений (лаборатории, регистратура и т.п.).

4. Модернизация локальной информационной системы, структуризация информационных потоков позволит устранить дублирование и снизить трудоемкость ввода информации в медицинскую информационную систему.

На основе выше предложенных мероприятий, связанных с распределением входящих потоков пациентов, проведем расчет экономического эффекта. Используя Lean поток, происходит высвобождение свободного времени, таким образом, мы можем принять большее количество пациентов по ОМС.

Поликлиника в среднем в день может принять около 500 пациентов (мощность поликлиники).

Проведем расчет на минимальное посещение пациентов в количестве 100 пациентов в день.

1. Затраты времени на прием за 1 день:

- до внедрения: 55 мин.*100 чел. = 5500 мин.

- после внедрения: 34 мин. * 100 чел. = 3400 мин.

Экономия времени из расчета 100 пациентов за один день составит:
5500 мин. – 3400 мин. = 2100 мин./ 60 мин. = 35 час.

Если принять 5500 мин. за 100%, то экономия времени в относительных величинах составит (2100 мин. * 100%) / 5500 мин. = 38%.

Далее рассчитаем возможную экономию за счет предложенных мероприятий в денежном выражении.

Реализованные мероприятия:

- установка лабораторной информационной системы;

- организация справочного окна в холле поликлинике (кабинета доврачебного приема) для оформления и выдачи различного рода медицинских справок, направлений, льготных рецептов;

- выделение специального кабинета по проведению медосмотров, где осуществляется выписка направлений на анализы и направлений к необходимым врачам-специалистам с указанием кабинета и времени приема, а также происходит сортировка и последующая передача в регистратуру всех медицинских карт после окончания медосмотра.

Таблица 1.

Затраты на реализацию мероприятий

Наименование затрат	Сумма, руб.
Установка Лабораторной информационной системы «1С: Медицина. Клиническая лаборатория»	25 000,00
Организация справочного окна в холле поликлинике (кабинета доврачебного приема). Входит ремонт помещения и установка информационного оборудования	18 500,00
Выделение специального кабинета по проведению медосмотров. Входит ремонт помещения	12 700,00
Итого	56 200,00

Экономический эффект составит:

$$Э = Р - З,$$

где: Э – это экономический эффект от внедрения совершенствований в руб.,
Р – экономический результат от внедрения совершенствований в руб.,
З – затраты, связанные с внедрением бережливых технологий в руб.

1. 247 рабочих дней * 35 часов = 8645 часов в год – экономия от внедрения совершенствований.

2. 40 часов * 4 = 160 часов в месяц.

3. $10\,900 / 160 = 68,125$ рублей – стоимость одного часа работы регистратора.

4. $8645 * 68,125 = 588\,941$ рублей – экономия от внедрения совершенствований.

5. $588\,941 - 56\,200 = 532\,741$ рублей – экономический эффект от внедрения совершенствований с учетом затрат на их организацию.

Заключение. Таким образом, анализируя внедренные технологии бережливого производства на базе ГУЗ «Больница № 16», оптимизация работы по основным направлениям (маршрутизации пациентов, работа регистратуры, работа врача) позволила достичь значительных положительных результатов, в частности, сократилось время ожидания приема врача, прохождение медицинских осмотров стало более комфортным и быстрым.

Примененные принципы «бережливого производства» в целом на практике дают хорошие результаты не только для пациентов, но и для персонала – в связи с правильным распределением нагрузки снижается усталость медработников, эмоциональная напряженность.

При неизменных имеющихся ресурсах внедрение принципов «бережливого производства» помогло получить максимально возможное улучшение на производстве – повысить доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи, повысить удовлетворенность населения оказываемой медицинской помощью.

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арженцов В. Ф. Применение принципов бережливого производства в медицине. – Управление качеством в здравоохранении (электронный научный журнал). – 2018. – № 1.
2. Вумек Джеймс П., Джонс Даниел Т. Бережливое производство. Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании. – М. : «Альпина Паблишер», 2017. – 472 с.
3. Вялков А. И., Сквирская Г. П., Сон И. М., Серегина И. Ф. Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению. – Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 5. – С. 62–66.
4. ГОСТ Р 57522-2017 «Бережливое производство. Руководство по интегрированной системе менеджмента качества и бережливого производства».
5. Имаи М. Гембакайдзен. Путь к снижению затрат и повышению качества/ пер. с англ. – М. : Альпина Паблишер, 2017. – 424 с.
6. Камкин Е. Г., Вергазова Э. К., Введенский Г. Г. Создание новой модели поликлиники: от пилотного к приоритетному проекту. – Управление качеством в здравоохранении (электронный научный журнал). – 2018. – № 1.
7. Крошка Д. В., Бруснёв Л. А., Данаев А. Б., Потапова И. Г., Францева В. О. Бережливое производство в сфере охраны здоровья: основные понятия, принципы и инструменты: методические материалы. – Ставрополь, Изд-во СтГМУ, 2018. – 38 с.
8. Левяков, О. Lean система (Бережливое производство) [Электронный ресурс] / О. Левяков. – Режим доступа: <https://www.src-master.ru/article25952.html> (Дата обращения: 05.03.2021).
9. Проект «Бережливая поликлиника» [Электронный ресурс] URL: <https://www.rosatom.ru/socialrespons/proekt-berezhlivaya-poliklinika/> (дата обращения 03.03.2021)
10. Сквирская Г. П. Актуальные проблемы модернизации системы первичной медицинской помощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями. – Главный врач. – 2018. – № 11. – С. 4–8.
11. Соболева С. Ю., Рябова Е. В. Особенности реализации проекта «Бережливая поликлиника» в аспекте изменения функциональных ролей среднего медперсонала. / Известия Волгоградского государственного технического университета. [Электронный ресурс] 2018. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36468125&>

ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ

Аносова Людмила Сергеевна, Агафонов Алексей Михайлович

*Украина, Донецкий Национальный медицинский университет
имени Максима Горького*

На сегодняшний день идет стремительное развитие фармацевтического рынка. Меняются тенденции, направления, подходы. То, что было вчера- сегодня становится неактуальным. Аптеки находятся «на каждом шагу». Ассортимент пополнился лекарственными препаратами зарубежного производства и сегодня достигает десятки тысяч торговых наименований. Это привело к тому, что отыскать аптеку, которая изготавливает лекарственные препараты по прописи врача, практически невозможно. Да и промышленное производство выпускает такой ассортимент лекарств, что можно найти любое средство в удобной форме выпуска, у которого срок годности гораздо больше, чем экстермпоральной рецептуры [1].

В современный период развития фармацевтической экономики ключевое значение в формировании производства и капитала имеют процессы интеграции, наблюдающиеся на различных уровнях фармацевтической отрасли [2].

Развития фармации в интеграционных процессах невозможно без фармацевтического менеджмента. Фармацевтический менеджмент – процесс управления людьми, финансами, производством для достижения главной задачи фармации – обеспечение населения эффективными ЛС, парафармацевтической продукцией. Своего рода – это «управленческое искусство». В современных условиях организация как объект управленческой деятельности представляет собой совокупность сложных социально-технических систем, на функционирование которых оказывают влияние многочисленные внешние и внутренние факторы.

Взаимодействие двух миров – фармацевтического и экономического – далеко не всегда происходит бесконфликтно [3]. Фармацевтический менеджмент фармацевтического рынка можно рассматривать с различных сторон. Основной целью развития фармацевтических предприятий, с точки

зрения собственника, является увеличение прибыли от продаж лекарственных средств: оперативное увеличение объемов отгрузки лекарственных средств в ответ на рост спроса со стороны рынка, что позволяет увеличить размер прибыли и снизить постоянные издержки на единицу продукции [3].

Аптека – является организацией, созданной для осуществления финансово-хозяйственной деятельности. Является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс и осуществляет свою деятельность на основе Устава. Имущество аптеки находится в собственности руководителя, является неделимым, и не может быть разделено между работниками аптеки. Аптека действует на основе самофинансирования [4]. На осуществление аптечной деятельности свое влияние оказывает государственное регулирование цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Функции организации аптеки можно рассматривать в двух аспектах: как процесс создания системы, во-вторых – как процесс ее совершенствования и упорядочивания [4,5].

С точки зрения работников, главная цель аптеки обеспечение занятости на прилегающей территории [3]. Каждое действие работника в организации должно быть рационально с точки зрения, как выполнения им собственной роли, так и достижения общей цели организации. Рациональность является высшим смыслом и идеалом любого предприятия или учреждения, а идеальная организация характеризуется предельно рациональными технологией, коммуникациями и управлением. Факторы атмосферы – условия работы и окружающая среда: оплата труда, гарантия занятости, политика и деятельность компании, условия труда, статус, технический надзор, отношения с начальниками, коллегами, подчиненными, безопасность труда – становятся качественными показателями исполнения работы.

Конфликт между человеком и организацией можно полностью решить, если удовлетворить социальные и психологические потребности работников, причем предприниматели только выиграют, так как резко возрастает производительность труда [5].

Наиболее сильными стимулами эффективности труда по мнению Херцберга, не «хорошая зарплата», а интерес к работе и вовлеченность в трудовой процесс [6]. Без денег люди себя чувствуют неудовлетворенными, но при их наличии не обязательно почувствуют себя счастливыми и повысят

производительность труда. Чрезмерное расчленение работы на дробные операции, по мнению Херцберга, лишает человека ощущения завершенности и полноты работы, приводит к снижению уровня ответственности, подавлению действительных способностей работника, появлению чувства бессмысленности труда, падению удовлетворенности работой [6].

Функция, которую осуществляют все руководители – организация работы непосредственно руководителем, а также делегирование своих прав и обязанностей по вертикали и горизонтали для разделения труда. Задачей руководителей среднего звена является определение организационной структуры, которая наилучшим образом будет отвечать целям и задачам организации, для эффективного взаимодействия с внешней средой и продуктивного распределения усилий своих сотрудников.

Для успешного руководства людьми, руководитель должен знать, чего хотят и чего не хотят подчиненные, каковы их внутренние и внешние мотивы их поведения, как можно воздействовать на них и чего от них ожидать. Руководитель должен всегда правильно интерпретировать сложившуюся ситуацию. Для успешного развития, предприятие должно всегда использовать новейшие информационные и управленческие технологии. Предприятие всегда должно быть заинтересовано в постоянном развитии и повышении, совершенствовании профессионализма трудового коллектива, управляющего этим коллективом.

Руководящему составу при изучении таких составляющих фармацевтического менеджмента как условия, организация труда, заработная плата, межличностные отношения, стиль руководства необходимо помнить, что особую роль в производстве играет человеческий фактор.

Таким образом, в настоящее время фармацевтический менеджмент находится в стадии развития, в то же время, все больше малых и средних предприятий в сфере фармрынка начинают использовать и внедрять средства маркетинговых коммуникации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аносова Л. С., Агафонов А. М. Роль провизора (фармацевта) в здоровье пациентов //XIX Международная конференция «Современный мир: природа и человек». Кемерово, 2020. – Том 11. – № 2. С. 225–232.

2. EvaluatePharma. 2010 «Pharma industry cutting its R&D cloth to more sustainable levels» in World Preview 2016 <http://www.evaluatepharma.com>

3. Аносова Л. С., Стратегическое интеграционное развитие фармацевтической отрасли //Международная научно-практическая конференция «Наука, образование и бизнес: новый взгляд или стратегия интеграционного взаимодействия». Октябрь 2021 г. – г. Нальчик. – С. 17–21.

4. Гаврилова, Д. Д. Подходы к совершенствованию системы менеджмента качества на фармацевтическом предприятии / Д. Д. Гаврилова, А. В. Бойкова. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2020. – № 3 (293). – С. 330–332. – URL: <https://moluch.ru/archive/293/66523/> (дата обращения: 27.10.2021).

5. Концепция и технологии менеджмента в отраслевом разрезе: теория и практика: монография// под научн. ред. С. А. Никитина. – Орел: ОГУ имени И. С. Тургенева, 2017. – 222 с.

6. Херцберг Ф., Майнер М. У. Побуждение к труду и производственная мотивация // Социологические исследования. – 1990. – № 1. – С. 126.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ НА ПРИМЕРЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Волкова Оксана Александровна, Смирнова Елена Викторовна

*Россия, ГБУ «Научно-исследовательский институт
организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»*

В соответствии с законодательством об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации медицинская помощь может оказываться в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения [1]. Медицинской организацией, предоставляющей данный вид помощи, является так называемый «дневной стационар» (ДС).

Допускается существование различных форм ДС: на дому, при поликлиниках, диагностических центрах и прочих медицинских организациях, предоставляющих амбулаторно-поликлиническую помощь, при круглосуточных стационарах. Но в любом случае – ДС является структурным подразделением медицинской организации (или ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Важным аспектом работы ДС является то, что предоставление ПМСП в обязательном порядке должно осуществляться с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Таким образом, ДС представляют собой структурные подразделения медицинских организаций, позволяющие без дополнительных финансовых расходов на круглосуточное содержание пациентов проводить полный комплекс необходимых диагностических и лечебных процедур. При этом в ряде случаев над высоко позитивной медицинской компонентой предоставления ПМСП в условиях ДС превалирует ее социальная составляющая.

Так, при ведении таких потенциальных получателей ПМСП, как беременные женщины или пожилые, для которых нередко крайне важно получение медицинской помощи в привычных условиях, именно ДС становится наиболее оптимальным вариантом выбора.

Последнее особенно важно, так как возрастные пациенты, имеющие ряд хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), состоящие на диспансерном учете, то есть, требующие обязательного периодического лечения согласно протоколам ведения больных, составляют значимую долю от всех обращающихся за медицинской помощью [2].

Подтверждением данных постулатов являются результаты данных социологических опросов [3,4]. Итоги проведенного в октябре 2020 года ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» социологического опроса наглядно продемонстрировали востребованность у населения получения ПМСП в условиях ДС: около 95,0 % респондентов, пользовавшихся услугами дневного стационара, положительно ответили на вопрос: «Нравится ли Вам такая форма оказания помощи как «дневной стационар» при поликлинике», и только 8,5% пациентов ДС ответили, что предпочитают лечение в больнице. Данным видом медицинской помощи при исследуемых поликлиниках воспользовались по данным опроса в среднем 7,8 % респондентов, были отмечены единичные случаи ответов, когда граждане хотели бы воспользоваться услугами ДС, но не получили такой медицинской помощи, причина в ходе опроса не уточнялась. То есть, потенциальные резервы развития такой формы, как ДС, сохраняются.

В опросе принимали участие практически в равных пропорциях представители всех возрастных групп, при этом преимущественными пользователями помощи в ДС являлись представители лиц старше трудоспособного возраста: 35,5 % категории от 55 – 60 до 75 лет и 41,8 % старше 75 лет. В разрезе медицинских организаций, принявших участие в исследовании, в целом группа лиц старше трудоспособного возраста, пользовавшихся услугами ДС, колебалась от 68,4 % до 100,0 %.

Таким образом, результаты проведенного социологического опроса подтверждают следующие выводы:

- наряду с объективной экономической эффективностью ДС существует высокая позитивная оценка данной формы оказания ПМСП со стороны населения;

- необходимо использование дополнительных резервов для удовлетворения нереализованного спроса на услуги ДС;

- ДС – однозначный формат выбора при оказании ПМСП возрастным пациентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21.11 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// Электронный ресурс. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/>

2. Смирнова Е. В., Волкова О. А. Некоторые результаты анализа форм статистического наблюдения деятельности дневных стационаров при городских поликлиниках // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – №55. – С. 158–161.

3. Линниченко Ю. В., Зудин А. Б., Коновалов О. Е., Васильев М. Д. Мнение лиц старших возрастных групп о медико-социальной и гериатрической помощи // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2021. – № 1. – С 44–50.

4. Аликова З. Р., Сердюк Н. В., Родионова В. Е. Медико-социальные аспекты эффективности лечения лиц пожилого возраста с гипертонической болезнью в дневных стационарах // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2021. – № S2. – С. 111.

НОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЧИСЛО ОБОСНОВАННЫХ ЖАЛОБ КАК КРИТЕРИЙ ЕЁ ОЦЕНКИ

Волкова Оксана Александровна, Смирнова Елена Викторовна

*Россия, ГБУ «Научно-исследовательский институт
организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»*

В Методические рекомендации Минздрава России от 30.07.2019 «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», разработанные с целью практической реализации новой модели ПМСП, включены, в том числе, критерии оценки качества медицинской помощи (КМП) и ее доступности. В частности, такой показатель, как «Санкции к медицинской организации», которые применяются по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

С точки зрения эффективности основной цели «бережливого производства» – построение пациенто-ориентированной модели работы медицинской организации, наибольший интерес среди указанных санкций представляют те, которые применены к медицинской организации на основании объективных результатов рассмотрения именно обращений пациентов, то есть, их жалоб на возможные дефекты оказания медицинской помощи.

При этом, по мнению ряда исследователей результаты изучения мнений пациентов, проводимого в медицинских организациях в рамках независимой оценки качества медицинских услуг, по материалам интернет – опросов, как правило, совпадали с результатами исследования обращений граждан по поводу неудовлетворенности КМП оказанной медицинскими организациями, при этом наибольшую неудовлетворенность медицинской помощью население демонстрировало применительно к ее первичному, точнее, амбулаторному звену [1, 2].

Однако существует приводимое в ряде источников мнение, что негативные обезличенные отзывы пациентов, незаслуженно формирующие негативный образ медицинской организации, не отражают ее объективные достижения и реальные показатели здоровья населения [3].

В тоже время, жалобы, поступающие в страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, являются обязательным основанием для проведения внеплановых медико-экономической и/или экспертизы качества, причем, даже в условиях ситуации, связанной с пандемией COVID-19, когда все плановые проверки, в том числе, медицинских организаций, упразднены [4, 5].

Таким образом, именно оформленные в соответствии с требованиями законодательства, обращения граждан, содержащие жалобы на качество и доступность медицинской помощи, подтвержденные экспертными мероприятиями, способны выступать в качестве перманентного источника информации и независимого канала «обратной связи», способного существенным образом охарактеризовать деятельность медицинской организации, в том числе, и ее результаты (как успешные, так и негативные) по внедрению «бережливого производства».

Включение в перечень критериев оценки качества и доступности при реализации «Новой модели» показателя «число обоснованных жалоб граждан на качество и доступность медицинской помощи» позволит, во-первых, более объективно характеризовать эффективность внедрения данной модели в практику предоставления ПМСП, во-вторых, параллельный анализ с показателем «размер финансовых санкций» наглядно продемонстрирует причины этих санкций.

Дополнительным «бонусом» к характеристике эффективности «бережливого производства» станет возможность оценки активности работы СМО с обращениями граждан – с одной стороны, и степени активности претензионной работы медицинской организации.

Одновременно, анализ динамики уровня и причин жалоб (например, на работу регистратуры или длительность ожидания приема) позволит рационализировать работу медицинской организации в том числе, ее отдельных звеньев, обеспечивающих «бережливое производство».

Умение не только грамотно выстроить логистические цепочки в организации медицинской помощи, но и объективно рассматривать результаты ее предоставления – неотъемлемая часть современной системы здравоохранения, системы обязанной быть одновременно и пациенто-ориентированной, и экономически эффективной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гарина И. Б., Плутницкий А. Н., Гуров А. Н. Основные направления анализа причин неудовлетворенности населения медицинской помощью на основе обращений граждан и независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Менеджер здравоохранения. – 2017. – №10. – С. 13–23.

2. Савищева И. П., Москвичева М. Г., Инсарская Т. И. Анализ причин жалоб граждан как инструмент управления качеством медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2012. – №6. – С. 140–142.

3. Попова Е. Г., Дьяченко Т. С., Грибина Л. Н., Девляшова О. Ф. Степень объективности оценочных критериев качества первичной медико-санитарной помощи // Медицина и организация здравоохранения. – 2020. – № 3. – С. 21–23.

4. Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 г. № 438 «Об особенностях осуществления в 2020 году государственного контроля (надзора), муниципального контроля и о внесении изменения в пункт 7 Правил подготовки органами государственного контроля (надзора) и органами муниципального контроля ежегодных планов проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей».

5. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

ПАРТНЕРСТВО НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Воронкова Ольга Юрьевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента
кандидат экономических наук Аракелова Ирина Владимировна*

В статье рассмотрены формы коммерческого партнерства между субъектами развитых фармацевтических рынков: сотрудничество фармацевтических компаний между собой, а также с государственным регулятором в рамках государственно-частного партнерства. Перечислены цели такого партнерства, для решения коммерческих (минимизация рисков при выведении инновационных лекарственных препаратов на рынок, кластеризация бизнеса) и медико-социальных задач (цифровизация здравоохранения, льготное лекарственное обеспечение). На примере лидера отечественного фармацевтического рынка, компании Фармстандарт, продемонстрирован успешный опыт партнерства на российском фармацевтическом рынке.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, цифровое здравоохранение, фармацевтические компании, лекарственный препарат, Фармстандарт

Современным фармацевтическим рынкам разных стран мира характерны общие закономерности: устойчивая система спроса и предложения, стремление к концентрации и консолидации предложения на различных этапах товаропроводящей цепи. При этом субъекты развитых рынков (американские, европейские, азиатские) демонстрируют склонность к активной реализации различных форм партнерских взаимоотношений как между собой, так и в рамках реализации программ государственных гарантий при обеспечении населения лекарственными препаратами [1, 2, 4, 5]. В рамках данного исследования использован контент-анализ интернет-источников информации о партнерстве лидера отечественного фармацевтического рынка АО «Фармстандарт» с другими субъектами обращения лекарственных препаратов и государственным регулятором.

Наиболее распространенной формой партнерства на рынке между хозяйствующими субъектами являются различные формы коммерческого партнерства. Классифицировать данную форму проще всего исходя из целей такого взаимодействия. Создание партнерств с разработчиками лекарственных средств способствует минимизации рисков при разработке, выведении на рынок и продвижении инновационных лекарственных препаратов. Увеличение вероятности успешной регистрации новой молекулы в качестве лекарственного препарата почти в 2 раза стимулирует большинство современных фармацевтических гигантов включать в свою организационную структуру партнеров в области разработки. Основными целями сделок слияния и поглощения для крупных игроков рынка являются снижение общих издержек на разработку, производство и продвижение лекарственных препаратов, повышение эффективности бизнеса и, как следствие, большую финансовую устойчивость в рамках все возрастающей рыночной конкуренции [2].

Еще одной формой партнерства, широко применяемой на развитых фармацевтических рынках, становится государственно-частное партнерство. Данный механизм позволяет «на основе сотрудничества органов государственной власти и бизнес-структур направлять усилия предпринимателей на решение социально-экономических проблем при сохранении неотъемлемых полномочий и функций государства». [3]. Актуальность и важность подобного сотрудничества сложно переоценить для системы здравоохранения, поскольку у всех субъектов рынка есть общий интерес в эффективной и доступной лекарственной помощи. Именно поэтому цели подобного сотрудничества весьма разнообразны: установление предельных цен на препараты, соинвестирование со стороны фармацевтических производителей программ государственных гарантий льготного лекарственного обеспечения (проведение дорогостоящих диагностических мероприятий за счет средств компании, обеспечение пациентов препаратом за счет компании после X месяцев успешного лечения за счет государства), упрощение процедуры государственной регистрации и введения в национальные формуляры инновационных лекарственных препаратов, предназначенных для лечения социально-значимых заболеваний [1, 4].

Перечислив основные формы партнерства в реальном секторе, можно переключиться на виртуальный. Появление геномной и персонализированной

медицины, переход от модели «плата за услуги» к интегрированной и ориентированной на конечные результаты модели лечения, активное подключение пациента к сетевым ресурсам – это причины цифровизации медицинской отрасли [5]. Диджитализация начинает все глубже проникать в систему здравоохранения повсеместно, и фармацевтические компании начинают активно участвовать в этих процессах, а, зачастую, даже и лидировать эти самые процессы. И в этом нет ничего удивительного. Фармацевтическая отрасль давно уже считается одной из самых наукоемких отраслей экономики.

Чаще всего участие крупных фармацевтических игроков в цифровом здравоохранении, представляет собой тоже государственно-частное партнерство в попытке достижения трех основных целей: участие в создании диагностических и терапевтических информационных систем, помогающих лечащему врачу, разработка и внедрение различных поведенческих приложений для контроля процесса и конечного результата лечебного процесса конкретного пациента, прямое инвестирование и развитие медицинских статистических и фармакоэпидемиологических информационных систем. Использование данных регистров пациентов может ускорить разработку препарата от болезни Паркинсона. Приложение, разработанное для опекуна, врача и пациента с нейроэндокринной опухолью, помогает всем заинтересованным лицам в реализации мультимодального подхода в процессе лечения. Нейронные сети и прогностическая аналитика помогают не только в поиске новых активных молекул, но и в обработке огромных массивов медико-статистических и фармакоэпидемиологических данных [5].

На фоне бушующей инфекционной пандемии Ковид, на второй план отошли не менее опасные вирусные инфекции, с которыми человечество борется с переменным успехом уже длительный период времени: вирус иммунодефицита человека и вирус гепатита С. К счастью, гепатит С «может стать первой вирусной инфекцией, которую удастся искоренить без вакцины». В 2013 году компания Gilead Sciences регистрирует новый противовирусный препарат прямого действия Совальди (МНН – софобувир): заявленная 100 % эффективность, успешная реклама с привлечением звезд мировой величины и, к 2015 году, доля в 90% рынка гепатита С, 1 млн пролеченных пациентов. При этом по данным ВОЗ носителей инфекции 130-150 млн человек, а стоимость терапии настолько высока, что Национальные

службы здравоохранений ведущих европейских стран отказываются включать Совальди в список лекарств, оплачиваемых государством, по причине его высокой цены, а в одном из штатов Америки компании пригрозили судом все по той же причине. В России, по состоянию на 2015 год, носителей от 3,6 до 6 млн человек, из которых какую-либо терапию получили всего 15 тыс. человек [6].

В 2016 году препарат Совальди регистрируют в России, и в августе 2018 года АО «Фармстандарт» заключает соглашение с компанией-производителем о локации производства препарата на производственных площадях отечественного фармацевтического гиганта. В сентябре того же года препарат включают в перечень жизненно-необходимых и важнейших. Все это делает препарат доступнее и географически, и экономически для огромной группы пациентов, нуждающихся в эффективной и безопасной терапии гепатита С. При этом АО «Фармстандарт» не останавливается на достигнутом, и в феврале 2020 года, при непосредственном участии компании принимается решение о снижении цены на препарат на 40%, хотя по проведенным фармакоэкономическим исследованиям, применение Совальди с курсовой стоимостью в 80 000\$ считается наиболее выгодной альтернативой среди существующих фармацевтических и медицинских подходов к терапии. Аналогичные мероприятия по локализации дорогостоящих и жизненно-важных препаратов АО «Фармстандарт» проводит и с множеством других компаний [7, 8].

Если же говорить о виртуальном секторе, то проект компании «Фармстандарт» по омниканальному взаимодействию со специалистами «Медицина 360» стал номинантом Digital Health Awards в категории «Образование и госпроекты», номинации «Прорыв года» [9].

Компания Фармстандарт на сегодняшний день является одним из лидеров отечественного фармацевтического рынка не только по основным финансово-экономическим показателям, но и в сфере развития партнерских отношений с другими юридическими лицами различных организационно-правовых форм собственности. Особенно важно, что позитивные изменения лидирует отечественная фармацевтическая компания. Рост средней продолжительности жизни, изменение возрастной структуры населения в сторону увеличения доли лиц пожилого возраста демонстрирует стабильный рост спроса на медицинском и фармацевтическом рынке. Именно поэтому,

усиление роли отечественных фармацевтических компаний в вопросах оказания эффективной и доступной медицинской помощи уже не только и не столько экономическая проблема, сколько проблема, затрагивающая физическую безопасность и стабильное прогнозируемое развитие нашей страны в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блатов Р. М. «Новый взгляд на ГЧП в здравоохранении республики Казахстан: перспективы взаимодействия государства и фармацевтических компаний» // Вестник КазНМУ. – 2016. – № 2. – С. 399–406.

2. Булгаков А. Л. «Фармацевтические партнерства при разработке новых лекарственных препаратов» // Фармация и Фармакология. – 2018. – №1. – С. 86–98.

3. Иголкина Л. М. «Государственно-частное партнерство. Особенности взаимодействия» // Теория и практика общественного развития. – 2013. – №10. – С. 335–337.

4. Мамуто А. О. «Концептуальные основы развития государственно-частного партнерства в фармацевтической промышленности России» // Экономика и управление. – 2012. – №7. – С. 69–73.

5. Как фармкомпании идут в цифровое здравоохранение. Обзор // <https://evercare.ru/kak-farmkompanii-idut-v-tsifrovoye-zdravookhranenie> (дата обращения: 13.09.2020)

6. Sovaldi: история самого продаваемого препарата за всю историю фармотрасли. Обзор // <https://www.forbes.ru/tehnologii/338761-sovaldi-istoriya-samogo-prodavaemogo-preparata-za-vsyu-istoriyu-farmotrasli> (дата обращения: 7.10.2021)

7. «Совальди» подешевеет на 40%. Обзор // <https://life4me.plus/ru/news/sovaldi-5979/> (дата обращения 7.10.2021)

8. Регистрация торгового знака «Даклавизар». Обзор // <https://portal.pharmstd.ru/Company/GkNews/Lists/News/DispForm.aspx?ID=215&Source=https%3A%2F%2Fportal%2Epharmstd%2Eru%2FCompany%2FGkNews%2FLists%2FNews%2FHeadlines%2Easpx%3FFilterField1%3DTaxKeyword&ContentTypeId=0x01700100764758A663363341A0294992550BF700&FilterValue1=%D0%94%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%80> (дата обращения 8.11.2021)

9. Медицина 360. – номинант Digital Health Awards! Обзор // <https://portal.pharmstd.ru/Company/GkNews/Lists/News/DispForm.aspx?id=225&Source=https://portal.pharmstd.ru/Company/GkNews/Pages/default.aspx?FilterField1=TaxKeyword&FilterValue1=%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0360> (дата обращения 8.11.2021)

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Думенко Светлана Юрьевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

На сегодняшний день, чтобы достичь результатов определенного уровня эффективности, организации необходима работа ответственных и инициативных сотрудников, которые стремятся к трудовой самореализации. В этой связи главной задачей управления человеческими ресурсами в организации является ориентация коллектива на достижение целей организации. Причем это возможно благодаря построению системы мотивации работников. Таким образом, мотивация персонала сегодня занимает одно из основных мест в управлении персоналом, поскольку именно она выступает в качестве непосредственной причины их эффективной трудовой деятельности.

Актуальность выбранной темы работы в дополнение к сказанному выше диктуется тем, что высокая степень стимулирования трудовой деятельности персонала является не только способом привлечения и удержания высококвалифицированных кадров, но и важнейшим условием успеха организации. Следует отметить, что ни одна организация не может преуспеть без настроения своих работников на работу с высокой отдачей, без высокого уровня приверженности персонала, без заинтересованности членов организации в конечных результатах и без их стремления внести свой вклад в достижение поставленных целей.

Совершенствование системы стимулирования позволяет обеспечить конкурентоспособность компании среди работодателей. В свою очередь, высококвалифицированный персонал, заинтересованный работой на предприятии даст возможность реализовать высокие темпы развития компании.

Рассмотрим основные направления оплаты труда на примере клиники ООО «НЦМГИ». В данной организации выявлены следующие проблемы:

- неполное соответствие применяемой системы оплаты труда ожиданиям персонала организации;

- недостаточность материальных денежных стимулов (в виде премий, бонусов, участия в прибыли – снижение процентных отчислений от прибыли, дополнительных выплат);

- снижение эффективности системы материального стимулирования в организации.

Решение данных проблем возможно при построении эффективной системы материального стимулирования. Результаты анализа соотношения выручки от реализации и расходов на оплату труда персонала в ООО «НЦМГИ» (позволили сделать вывод об отсутствии роста удельного веса фонда расходов на оплату труда персонала в общем объеме выручки от реализации лаборатории «НЦМГИ», что является неблагоприятным социальным фактором, поскольку свидетельствует о снижении уровня материального стимулирования работников. Таким образом, доход лаборатории «НЦМГИ» растет, а доля заработной платы не увеличивается в 2020 году по отношению к 2019 г.

Результатом внедрения эффективной системы оплаты и мотивации труда сотрудников, подобной разработанной для ООО «НЦМГИ», станет:

- мотивирование персонала на решение основных задач стратегического развития организации, эффективное выполнение функций каждым сотрудником и подразделением и, как следствие, достижение организацией стратегических задач;

- достижение конкурентоспособности организации через достижение ключевых показателей эффективности, необходимых для стратегического развития организации;

- повышение уровня корпоративной культуры, рост лояльности сотрудников и их вовлеченности в дела организации, повышение производительности труда.

Таким образом, отметим, что предложенный подход, основанный на оптимальном соотношении структурных элементов системы материального стимулирования трудовой деятельности, обеспечит повышение эффективности кадрового менеджмента и всей деятельности ООО «НЦМГИ» в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аширов Д. А. Управление персоналом: учебное пособие / Д.А. Аширов. – М.: Проспект, 2019. – 432 с.
- 2 Бадмаева Д. Г. Обзор финансовых стимулов мотивации труда // Международный научно–исследовательский журнал. – 2017. – № 11–2 (18). – С. 36–37.
- 3 Бойко Ю. И., Коробкина М. А. Мотивация и стимулирование труда как объективный фактор повышения конкурентоспособности предприятия в условиях становления и развития рыночных отношений // Научно–методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 2. – С. 241–245.
- 4 Брагина З. В. Управление персоналом: учебное пособие для студ. вузов, обуч. по специальности "Менеджмент организации" / З. В. Брагина, В. П. Дудяшева, З. Т. Каверина. – М. : КНОРУС, 2016. – 128 с.
- 5 Бухалков М. И. Организация и нормирование труда: учебник для студентов вузов / М. И. Бухалков. – 3–е изд., испр. и доп. – М. : ИНФРА–М, 2016. – 424 с.
- 6 Веснин В. Р. Управление персоналом. Теория и практика: учебник / В. Р. Веснин. – М. : Проспект, 2018. – 688 с.

БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Евстафьева Елизавета Витальевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор кафедры экономики и менеджмента,
доктор экономических наук Косинова Наталья Николаевна*

Аннотация: Повышение качества обслуживания, упрощение процесса труда – одни из основных задач в любой сфере деятельности и здравоохранение не исключение. Бизнес-планирование является таким инструментом. Бизнес-планы помогают систематизировать труд, планировать действия наперед и прогнозировать их последствия, а также выбрать лучшую стратегию, ведь без этого невозможно добиться положительных результатов.

Ключевые слова: планирование, здравоохранение, стратегия.

Планирование – это умение предвидеть цели организации, результаты ее деятельности и ресурсы, необходимые для достижения поставленных целей.

Бизнес-план – документ, описывающий все основные аспекты деятельности медицинской организации, анализирующий возможные проблемы и определяющий пути решения этих проблем. Бизнес-план включает разработку цели проекта, оценку экономических показателей организации, анализ рынка и информацию о клиентах, определение конкурентной стратегии для достижения поставленных целей.

Работая согласно плану, медики могут понять кто собирается выполнять ту или иную работу, что необходимо сделать, когда, где, как, с помощью каких групп работников и использованием каких ресурсов, для каких групп населения или отдельных лиц. Это необходимо для наиболее адекватного применения знаний и умений согласно сформулированной цели и в определенный срок.

Цель данного исследования – выявить преимущества бизнес-планирования в сфере здравоохранения и его ключевые особенности, эффективной комбинации умений специалистов для эффективного, квалифицированного и безопасного медицинского обслуживания на основе имеющихся ресурсов.

Для выполнения поставленной цели следует решить ряд задач:

1. Проанализировать теоретические основы бизнес-планирования в здравоохранении.

2. Выявить основные задачи бизнес-плана.

3. Понять, как выполнить это на практике.

Объект и предмет исследования:

Объект: повышение качества оказания медицинской помощи.

Предмет: способы, позволяющие улучшить качество работы здравоохранения посредством внедрения бизнес-планов.

Гипотеза: если внедрить концепцию бизнес-планирование, то качество обслуживания улучшится, модернизируется.

Материалы и методы: в ходе работы использованы были следующие методы научного исследования: изучение литературы и других источников информации по теме, дедукция.

Результаты и обсуждения:

Тщательно составленный бизнес-план не только поможет проложить курс фирмы, но и послужит руководством по обеспечению деятельности (такую задачу решит бизнес-план сущность). При подготовке бизнес-плана медицинского учреждения проводится анализ объема и структуры рынка платных медицинских услуг, в ходе которого используются материалы специализированных изданий, статистические сборники с данными о рынке медицинских услуг или проводятся собственные исследования. Также анализируются тенденции развития рынка платного медицинского обслуживания и рынков обязательного и добровольного медицинского страхования, ситуация на которых влияет на объем спроса на платные медицинские услуги. В бизнес-плане должна содержаться информация об основных сегментах рынка платных медицинских услуг и типах медицинских организаций. В рамках анализа рынка также должна быть представлена информация о конкурентах, о существующих программах медицинского обслуживания и стоимости рассматриваемых медицинских услуг [2].

В бизнес-плане описывается концепция медицинского учреждения, которое может представлять собой многопрофильную клинику или специализированное лечебное учреждение. При разработке концепции медицинского учреждения требуются данные о наиболее популярных платных медицинских услугах и структуре спроса на платное медицинское обслуживание при учете предполагаемого места расположения медицинского центра.

В бизнес-плане медицинского учреждения содержится информация о документах, необходимых для получения лицензии на осуществление

медицинской деятельности, и о требованиях, предъявляемых региональным Комитетом здравоохранения к квалификации специалистов медицинского центра. В расходах по проекту учитывается сумма лицензионного сбора и прочие затраты, которые требуется осуществить для сбора и подготовки необходимых документов [1].

Очень важно грамотно составить график работы персоналу. От него зависит большой процент успеха и грамотного распределения человеческих ресурсов. Правильная организация и планирования труда – одна из наиболее важных черт в здравоохранении. Зная свой график и часы работы медикам будет проще ориентироваться и более качественно оказывать помощь нуждающимся людям.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного. Принцип действует в условиях формирования рыночных отношений в здравоохранении. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны, в первую очередь, предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. С другой стороны, – в рамках законодательства, регламентирующего лицензирование медицинской деятельности, создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения. При этом работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансированно, с обеспечением конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи [1].

Практически во всех экономически развитых странах разрабатываются планы оказания медицинской помощи. Эта система очень хорошо проявила себя, поэтому она необходима, особенно в рамках данной эпидемиологической ситуации, в связи с пандемией коронавирусной инфекции, когда идет колоссальная нагрузка на весь медицинский персонал. Это поможет немного ускорить и грамотно систематизировать работу, для повышения качества оказания медицинских услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Н. С. Апханова, Е. В. Душина, А. В. Гашенко Основы планирования медицинской помощи // Учебное пособие.
2. studopedia.ru [электронный ресурс]. URL: https://studopedia.ru/27_53323_biznes-planirovanie-v-zdravoohranenii.html

РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТОВ РФ ВО ВРАЧАХ ЛЕЧЕБНОЙ ГРУППЫ

Иванова Татьяна Борисовна

Россия, Волгоградский институт управления – филиал РАНХиГС

Увеличение сроков и качества жизни – важнейшие направления современного общественного развития России, что отражено и в национальном проекте «Здравоохранение». Особенную значимость этой проблеме придали пандемия, показавшая нехватку производственной мощности учреждений здравоохранения при предоставлении медицинских услуг. Это привело к пересмотру нормативных актов, регламентирующих плановые показатели численности работников здравоохранения. Тем не менее, они не позволяют существенно избавиться от очередей в медицинских учреждениях. Рассмотрим возможные корректировки показателей на примере обеспеченности врачами лечебной группы.

В настоящее время для её оценки рассчитываются следующие показатели:

- потребность субъектов РФ во врачебных кадрах [1]. Для врачей, ведущих амбулаторный прием – это соотношение планового числа амбулаторных посещений на установленное число посещений в год на одного врача, установленное в Территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной помощи (ТПГГ), причем в данном документе, в отличие от ранее существовавших, определяется дефицит или избыток кадров,

- обеспеченность медицинских организаций квалифицированными кадрами [2] – которая для амбулаторных учреждений представляет собой соотношение числа врачей (физических лиц), оказывающих медицинскую помощь, к среднегодовой численности постоянного населения.

Таким образом, производственная мощность медицинских учреждений (без учета транспортной составляющей) зависит от норм времени на прием одного пациента, числа врачей конкретной специальности, численности постоянного населения.

Представляется, что эти показатели не позволяют оценить ожидания населения по качеству получаемых медицинских услуг. Так, по данным Росстата 51% потенциальных пациентов лечились самостоятельно. В качестве

причин принятия такого решения были названы: не удовлетворительная работа медицинских организаций (30,2 % опрошенных), отсутствовало время (23,8), низко оценивают вероятность получения эффективного лечения (21,7), так как оно возможно только при платном приеме (14,6) [3]. По данным ВЦИОМ, опубликованным в мае 2019 года [4], проблема за прошедшие годы снята не была. За последние 10 лет на 5 % сократилась доля лиц, обращающихся в государственные, бесплатные поликлиники, но каждый шестой (15%) идет в платное медучреждение, хотя в 2016 году туда обращался только каждый десятый (11 %).

По нашему мнению, подобная ситуация сложилась из-за отсутствия при планировании деятельности медицинских учреждений показателя «соблюдение предельных сроков ожидания оказания медицинской помощи в плановом порядке». Например, врачи-специалисты должны оказать помощь пациенту в течении 14 календарных дней после обращения его в медицинскую организацию. Но эти нормативы не соблюдаются, хотя за подобные нарушения в системе ОМС установлены штрафные санкции. Необходимо ввести данный показатель и на основе его отклонений от нормативного значения осуществлять корректировку введенных в настоящее время методик потребности во врачебных кадрах. Одним из каналов сбора информации для фиксации числа лиц, которые обратились для записи на прием для получения медицинской услуги, и не получили её в установленные сроки возможно использование портала госуслуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методика расчета потребности во врачебных кадрах. Приложение к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 29 ноября 2019 года № 974 [Электр. ресурс] – Код доступа: <http://docs.cntd.ru/document/564053311> (дата обращения 08.09.2021).
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 178 "Об утверждении методики расчета основных и дополнительного показателей федерального проекта "Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами", входящего в национальный проект "Здравоохранение" [Электр. ресурс] – Код доступа: ivo.garant.ru/#/document/72227930/paragraph/1:0 (дата обращения 08.10.2021).
3. Здравоохранение в России – 2019г. Росстат [Электр.ресурс] – Код доступа: www.gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm (дата обращения 08.09.2021).
4. Тяжелый труд, бедность и старость: три причины болезней в России. Официальный сайт ВЦИОМ [Электр. ресурс] – Код доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9687> (дата обращения 08.10.2021).

БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Каширская Янина Андреевна, Максименкова Анна Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

В настоящее время популярность концепции бережливого производства возрастает во всех сферах нашей жизни. В основе концепции – улучшение качества продукции с одновременным уменьшением затрат на производство за счёт сокращения внутренних потерь.

Основоположником бережливого производства принято считать Тайити Оно, создавшего производственную систему в Toyota в 1950-е годы. Он разработал метод быстрой переналадки SMED, который помог устранить лишние затраты на производство автомобилей и при этом сделать их более качественными, а впоследствии – более востребованными.

Тайити Оно выделил 7 видов производственных потерь:

- потери из-за перепроизводства;
- потери времени из-за ожидания;
- потери при ненужной транспортировке;
- потери из-за лишних этапов обработки;
- потери из-за лишних запасов;
- потери из-за ненужных перемещений;
- потери из-за выпуска дефектной продукции.

Основным видом потерь Тайити Оно считал перепроизводство, из которого возникают остальные потери.

Внедрение бережливого производства преследует следующие цели:

- Улучшение качества продукции;
- Уменьшение расходов;
- Сокращение времени на производство товаров или услуг;
- Снижение рисков.

Бережливое производство также можно использовать и в сфере здравоохранения. В настоящее время посещение пациентами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) является долгим процессом, который связан

рядом проблем: запись в регистратуре, долгое ожидание в очередях, которые только увеличивают риск заражения. Для того, чтобы избежать этих проблем в ЛПУ, можно внедрить концепцию бережливой медицины. [1]

Бережливая медицина – это такой подход к управлению медицинской организацией, при котором повышение качества оказания услуг основывается на сокращении потерь. Основная цель данного подхода заключается в минимизации всех видов потерь, защите от неправильных действий персонала, поиске более оптимальных способов организации рабочего места и т.д. [2]

Авторами был проведён опрос, направленный на выявление перспектив использования бережливой медицины в сфере здравоохранения. По данным опроса удалось выявить производственные потери, соответствующие потерям в сфере здравоохранения. К ним относятся: неправильно выполненные технологии, неверная кодификация, большая загруженность и простаивание, неравномерные поступления пациентов в стационар и загруженность операционных, нереализованный творческий потенциал персонала, а также транспортировочные, временные потери при ожидании, потери, вызванные избыточностью медикаментов или расходных материалов и ложными вызовами медицинских сотрудников. Анализ данных потерь позволит разработать и внедрить манипуляции для повышения уровня качества оказываемых медицинских услуг и, впоследствии, улучшения работы медицинского учреждения в целом.

В российском здравоохранении бережливое производство получило широкую известность в связи с Федеральным проектом «Бережливая поликлиника». Задача «бережливой поликлиники» заключается в том, чтобы пациенты получали помощь быстрее и качественнее. Основная цель проекта определяется внедрением бережливого производства в амбулаторно-поликлиническое звено для сокращения очередей, ускорения сдачи анализов и упрощения записи к терапевту. [3]

Однако, опрос работников медучреждений показал, что внедрение «бережливой поликлиники» не приносит особых изменений и результатов в сферу их деятельности.

В заключении можно сделать вывод о том, что в теории бережливое производство в сфере здравоохранения имеет множество преимуществ и перспектив, но реализация данного проекта должна быть выполнена так, чтобы он приносил столько же пользы и на практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соболева, С. Ю., Рябова Е. В. Особенности реализации проекта «бережливая поликлиника» в аспекте изменения функциональных ролей среднего медперсонала // Известия Волгоградского государственного политехнического университета. – 2018. – № 10. – С. 75–78
2. «Бережливое производство» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Бережливое_производство Дата обращения – 04.11.2021;
3. Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Федеральный проект «бережливая поликлиника» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://docs.cntd.ru/document/561183958> Дата обращения – 02.11.2021;
4. Возможности использования подхода «бережливое производство» в медицине / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-ispolzovaniya-podhoda-berezhlivoe-proizvodstvo-lean-production-v-medicine/viewer> Дата обращения – 04.11.2021.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Косинова Наталья Николаевна¹, Попова Мария Юрьевна²

¹Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

²Россия, ГБУ «Аналитический Центр», г. Москва

Одним из ключевых механизмов реформирования государственной службы является внедрение современных методов оценки профессиональной деятельности гражданских служащих, основанных на передовом международном опыте и технологиях, используемых в ведущих российских предприятиях. Проблемы оценки эффективности деятельности государственных служащих с этой позиции занимают особое место. [1]

Разработка и применение методики, позволяющей объективно оценить деятельность государственных служащих, связана с необходимостью разработки ключевых показателей эффективности их деятельности (KPI) [2].

Далее представлен пример расчета KPI для государственного служащего. Для определения и оценки KPI для госслужащих необходимо использование фактических, плановых и базовых значений (таблица 1).

Табл. 1

Система расчета показателей KPI для госслужащих [3]

Вес (УВ_i)	Значимость определенного показателя. В сумме дает 100%.
База (Дз_i)	Допустимое минимальное значение показателя. Ниже базового уровня – отсутствие результата.
План (П_i)	Значение, к которому нужно стремиться. Сверхнормативный показатель, позволяющий улучшить результаты.
Факт (Ф_i)	Фактические результаты работы за определенный период времени.

В приведенном примере определение направлений оценивания для структурных подразделений и для каждого отдельного гражданского служащего осуществляется посредством поэтапного каскадирования целей и задач одного из Департаментов Правительства города Москвы до целей и задач его структурных подразделений и должностных обязанностей отдельных гражданских служащих (таблица 2).

Показатели эффективности работы сотрудника, %

Ключевые показатели	УВ _і , %	База, %	План, %	Факт, %	КО _і , %	Коэффициент оценки	ПВ _і
Доля ключевых должностей курируемого блока, обеспеченных кадровым резервом, %	5,0	45,0	50,0	50,0	100,0	1,0	5,0
Экономия бюджетных средств при проведении проверки достоверности наименьшей минимальной цены контракта, %	20,0	4,0	4,0	15,6	390,0	1,3	26,0
Процент освоения адресных инвестиционных программ (АИП)	30,0	5,0	6,0	19,8	330	1,3	39,0
Доля сотрудников, результативность деятельности которых не ниже 85%, %	10,0	85,0	100,0	100,0	100,0	1,0	10,0
Доля отработанных поручений, %	25,0	90,0	100,0	95,0	95,0	0,70	17,5
Доля сотрудников курируемого блока, прошедших обязательное обучение, %	10,0	20,0	30,0	79,0	263,3	1,30	13,0
Итоговый коэффициент (ПВ)							110,5 (В)

Для того, чтобы рассчитать результативность сотрудника необходимо знать индексы КРІ. Формула расчета индексов КРІ и итогового коэффициента представлена ниже:

$$ПВ = \sum ПВі,$$

где *ПВ* – процент выполнения КРІ;

ПВ_і – индекс КРІ. Рассчитывается как:

$$ПВі = (УВі \times КОі),$$

где *УВ_і* – удельный вес по отдельно взятому КРІ (%);

КО_і – коэффициент фактического уровня выполнения цели по отдельно взятому КРІ. Определяется как соотношение фактического значения показателя к плановому и допустимому значению показателя.

Результат определяется в соответствии с таблицей 3.

Соответствие буквенного обозначения оценки результативности
по целям коэффициенту годового премирования

Итоговая оценка результативности	Интервальное значение выполнения показателей, %	Коэффициент оценки результативности
A	130% <	1,3
B	110%-129%	1,15
C	98%-109%	1
D	70%-97%	0,7
E	0%-69%	0

Указанное в таблице буквенное обозначение будет определять размер премиальной части. В приведенном примере итоговый коэффициент соответствует оценке «В» и коэффициенту премирования – 1,15.

Применяемая методика имеет ряд недостатков:

1. Чем больше у оцениваемого служащего показателей, тем меньше вероятность достижения оценки А или В, так как влияние коэффициентов с оценкой А или В на итоговый коэффициент будет ничтожно мало. По нашему мнению, целесообразно ограничить количество показателей (максимум 7 штук).

2. В системе оценки эффективности деятельности руководящего состава Департамента значительная часть показателей не может быть перевыполнена, например, такие показатели, как подготовка НПА, соблюдение сроков предоставления информации, количество информационных материалов, выполнение проекта и т.д. Таким образом, показателям не может быть присвоена оценка результативности А, В (110-130%). По нашему мнению, целесообразно разбивать достижение указанных показателей на этапы и каждому этапу присваивать процент выполнения. Предусмотреть возможность перевыполнения показателя (max – 20%), например, при принятии документа раньше планируемого срока, и т.д. [4]

3. В целях качественного исполнения KPI необходима периодическая корректировка целевых значений показателей в зависимости от фактического достижения в предыдущем периоде. В случае достижения показателя ранее запланированного срока – исключение его из оценки в следующем периоде путем обнуления веса показателя.

Таким образом, разработка и использование единой методики анализа ключевых показателей эффективности при оценке деятельности госслужащих позволит установить связь между конкретными обязанностями оцениваемых сотрудников и стратегическими целями отдельного подразделения или органа власти в целом. Руководители, обладая механизмом поддержки принятого решения, будут иметь возможность не только измерить результативность работы каждого служащего, подразделения, но и оказывать влияние на процесс достижения целей органа власти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Косинова, Н. Н. Повышение эффективности бюджетных расходов на региональном и муниципальном уровнях / Косинова Н. Н., Сазонов С. П., Ефремова М. С. – Волгоград: ООО «Царицынская полиграфическая компания», 2011. – 268 с.
2. Косинова, Н. Н. Система стратегического управления на предприятиях промышленности: особенности формирования и инновационные инструменты развития / Косинова Н. Н., Сизов Ю. И., Галушкин В. И. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2010. – 290 с.
3. Лесина, Т. В., Чернов Д. А. Ключевые показатели эффективности на службе. Эффективность работы госслужащих // Вестник Евразийской науки, 2018. – № 2. <https://esj.today/PDF/42ECVN218.pdf> (доступ свободный).
4. Косинова Н. Н., Попова М. Ю. Анализ ключевых показателей эффективности деятельности государственных служащих // «Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем» сборник научных трудов VII Международной научно-практической конференции. – Ставрополь, 2021. – С. 29–33.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кочишвили Ксения Викторовна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат политических наук,
доцент Коваленко Надежда Викторовна*

Мотивация труда медицинских работников является сегодня одним из важнейших условий эффективного функционирования и развития системы здравоохранения. Обострение проблем в этой сфере не только тормозит её развитие, но и приводит к серьезным проблемам кадрового обеспечения этой социально важной отрасли. Увольнения по собственному желанию, связанные с низкой оплатой труда, уход из профессии при низкой заинтересованности в результатах труда, нарушения дисциплины, нецененный труд – вот далеко не полный перечень проблем, в основе которых во многом – упадок трудовой мотивации медицинских сестер. [1, С. 16]

В разных сферах деятельности существует своя профессиональная специфика мотивации, в том числе и в здравоохранении. Цель работы – рассмотреть сущность мотивации сестринского персонала, проанализировав при этом факторы мотивации их труда.

Повышение трудовой мотивации персонала является одной из приоритетных задач управления в любой области деятельности. Изучению этих проблем в здравоохранении посвящены многие научные труды, прикладные исследования. Но в массе своей они касаются главным образом врачей, а мотивация среднего медицинского персонала изучается реже. [3, С. 28]

Сестринское дело – это составная часть системы здравоохранения, направленная на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды. Сестринское дело включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и (или) психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Сестринское дело в системе здравоохранения располагает значительными кадровыми ресурсами и реальными

потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи. [1, С. 10]

Несмотря на серьезные задачи, поставленные перед отечественным здравоохранением, в настоящее время в развитии сестринского дела продолжают существовать некоторые тенденции, негативно влияющие на состояние трудовой мотивации медицинских сестёр.

Подавляющее число и пациентов, и врачей недооценивают вклад медсестры в лечебно-диагностический процесс; врачи не умеют и не ориентированы на выстраивание равноправных партнерских отношений с медсёстрами, не признают высшее сестринское образование и, тем более, повышенный уровень среднего профессионального образования медицинских сестер. Исторически сложилось представление о медсестре, как о помощнице врача, его «правой руке», «инструменте, с помощью которого врач приводит в исполнение свои инструкции». Однако и сейчас такие взгляды встречаются. Многие врачи прямо или косвенно выражают свое превосходство, допускают некорректность в отношении среднего медицинского персонала, все это выступает фактором, значительно снижающим желание работать. В изменении подобной ситуации определенная роль отводится мотивации. [2, С. 14]

В научной литературе выделяются различные способы мотивации, из которых можно выделить следующие: [2, С. 15]

1. Нормативная мотивация – побуждение человека к определенному поведению посредством идейно-психологического воздействия: убеждения, внушения, информирования, психологического заражения и тому подобное;

2. Принудительная мотивация, основывающаяся на использовании власти и угрозе ухудшения удовлетворения потребностей работника в случае невыполнения им соответствующих требований;

3. Стимулирование – воздействие не непосредственно на личность, а на внешние обстоятельства с помощью благ – стимулов, побуждающих работника к определенному поведению.

Первые два способа мотивации являются прямыми, так как предполагают непосредственное воздействие на человека, стимулирование является косвенным способом, поскольку в его основе лежит воздействие внешних факторов – стимулов. [3, С. 32]

На примере одного из лечебных учреждений г. Волгограда в 2021 году проводились исследования распределения ценностей по приоритетам медицинских сестер. По результатам опроса на первое место медицинские сестры выдвигают заработную плату, медицинское обслуживание и удовлетворение выполненной работой. На второе и третье место – уважение коллег, хорошие отношения с ними, а также поощрение со стороны администрации. Не менее важным для сестринского персонала является возможность самореализации, социальный пакет и признание в организации. [2, С. 27]

Однако практическую возможность самореализации в профессии отметили лишь 23 % опрошенных медсестер. Возможно, такой низкий показатель объясняется тем, что функции сестринского персонала более ограничены по сравнению с врачами. Сестры воспринимают свою работу как монотонную, выполняют ее часто механически, не вникая в суть новых задач. Возникает парадокс – у сестер растет профессионализм в узкой специализации, но снижается интерес к самообразованию. Становится понятным и еще один вывод социологов – около 30 % опрошенного сестринского персонала не согласны продолжать работу на прежних условиях. Это говорит о том, что для сохранения численности и качества персонала необходимы перемены как в системе оплаты труда, так и в структуре управления сестринским персоналом. [1, С. 11]

Известно, что у каждого конкретного сотрудника имеется свойственная только ему мотивационная система, которая зависит от личностных качеств человека и жизненных обстоятельств, в которых он находится в настоящее время. Необходимо стремиться к ориентированию мотивации на ценности, которые имеют приоритетное значение для конкретной медицинской сестры.

В этой связи перспективной представляется работа по повышению престижа профессии медицинской сестры, что, по мнению специалистов, играет одну из существенных ролей в структуре трудовой мотивации медицинских сестер. Поднять престиж профессии не так просто, и это является общей задачей не только системы здравоохранения, но и культурного состояния всего общества, иерархии общественных ценностей.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что повышение трудовой мотивации медицинских сестер является актуальной проблемой, значимость

которой особенно высока в связи с реформированием здравоохранения и реализацией Стратегии развития здравоохранения в РФ. Руководители лечебных учреждений должны четко понимать важность мотивации как одной из функций управления и использовать все возможности для уменьшения демотивирующих медицинских сестёр факторов. [3, С. 24]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипова И. Н., Шлыкова И. Н., Матвеева Е. В. Управление мотивацией трудовой деятельности медицинских сестер ЛПУ // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 6.
2. Жаворонков Е. П., Ким Ю. О., Николаева Т. Г., Куликова Н. В. Факторы мотивации труда медицинских сестер в ЛПУ// Научный журнал ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск) № 2 – 2012.
3. Дроздова Г.Ю. Проблемы мотивации трудовой деятельности медицинских сестер [Текст] // Главная медицинская сестра. – 2007. – № 1.

**ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА
«БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
В ГУЗ «КП №1» Г. ВОЛГОГРАД
*Курсеков Иван Сергеевич***

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Соболев Александр Витальевич*

Аннотация

В статье рассмотрены особенности внедрения инновационных технологий Бережливого производства в повседневную деятельность поликлиники ГУЗ «Клиническая поликлиника №1» г. Волгограда. Проведено сравнение карт потоков создания ценностей по одному из важнейших направлений профилактической работы – оптимизация работы регистратуры, оптимизация процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров до и после внедрения данной методики. Произведена оценка эффективности внедренных технологических решений с помощью опроса пациентов и сотрудников поликлиники по авторской анкете.

Ключевые слова: бережливое производство, бережливая поликлиника, эффективность.

Введение

Проект «Бережливая поликлиника» является актуальным направлением в здравоохранении РФ, в течение пяти лет показывает свою эффективность. В соответствии с совместным приказом комитета здравоохранения Волгоградской области и государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» от 11.01.2018 № 33/10 «О реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на территории Волгоградской области» ГУЗ «Клиническая поликлиника № 1» включена в реализацию приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на территории Волгоградской области».

Задачи:

- Выявить и изучить текущие проблемы в повседневной работе (организация работы регистратуры, процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) ГУЗ «Клиническая поликлиника №1»;
- Изучить опыт внедрения методов Бережливого производства в повседневную деятельность ГУЗ «Клиническая поликлиника №1»;
- Создать карты потока создания ценностей процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, и изучить состояние данного процесса после перехода работы поликлинического отделения на методы бережливого производства.

Цель исследования

Изучение особенностей внедрения основных направлений Бережливого производства, введенных в деятельность ГУЗ «КП №1» г. Волгограда, и оценка эффективности их реализации, как путем опроса пациентов и сотрудников поликлиники по авторской анкете, так и при сравнении карт потоков создания ценностей (КПСЦ) при организации работы регистратуры, процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

Материалы и методы

Материалами исследования являются анкетные данные опроса 1263 пациентов и 374 сотрудников ГУЗ «КП №1» г. Волгограда. Анкета включала в себя вопросы по проблемам, замечаниям/предложениям касающиеся организации и условий оказания медицинских услуг до внедрения проекта «Бережливая поликлиника» в деятельность поликлиники.

База исследования

Поликлиника ГУЗ «КП №1» г. Волгограда. Население района обслуживания поликлиники по состоянию на ноябрь 2021 года составляет 111305 человек. В результате работы исследовательской группы были выявлены проблемы в организации работы поликлиники и определены приоритетные направления в их решении: регистратура, проведение диспансеризации, прием врачей в целях сокращения очередей и ожидания приема.

Результаты исследования

Таблица 1

Результаты оптимизации работы регистратуры, процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров

Наименование проблемы	Мероприятия по решению проблемы	Итоги
<p>Длительное время ожидания:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ответа регистратора; -при получении информации в регистратуре и столе справок, в том числе по телефону; -при оформлении вызова врача на дом по телефону; - в одной очереди при наличии 3 окон регистратуры, так как регистратор выполняет разные функции (общение с пациентом, работа с информационными системами, поиск медицинской карты, оформление медицинской документации), что занимает разное время для каждого пациента; - Записи на прием к врачу. 	<p>Реорганизация стола справок и создание рабочего места с выделением дежурного администратора при входе в поликлинику.</p> <p>Осуществление ремонтных работ по созданию «открытой» регистратуры и картоохранилища.</p> <p>Разделение функций регистраторов на администраторов и работников в картоохранилище.</p> <p>Использование цветовой маркировки в картоохранилище.</p> <p>Создание Call-центра с использованием виртуальной АТС.</p> <p>Выделение единого номера телефона для получения информации, записи на прием и вызова врача на дом.</p> <p>Регистрация вызова врача на дом в электронном журнале МИС «Инфоклиника».</p> <p>Приобретение инфомата для записи на плановый прием и размещение его вблизи дежурного администратора.</p> <p>Организация обзвона фокус-групп.</p>	<p>Сокращение времени ожидания пациентом, записанного на плановый прием, ответа регистратором, с 19 до 3 минут.</p> <p>Сокращение времени ожидания ответа на телефонный звонок для получения информации, записи на прием или вызова врача на дом – с 16 минут до 3 минут</p>
<p>Высокая длительность прохождения 1 этапа диспансеризации взрослого населения</p> <p>Нерациональное расположение кабинетов при прохождении 1 этапа ДВН, их большое количество</p>	<p>Организовано изменение этажности расположения кабинета медицинской профилактики (перенесен на 1этаж, рядом с выделенным входом для здоровых пациентов).</p> <p>Осуществлено оснащение вновь открытого кабинета автоматизированными рабочими местами (как МИС «Инфоклиника», так и ЧИП), что позволяет пациенту обращаться для прохождении ДВН непосредственно в кабинет, минуя регистратуру и избегая контакта с больными пациентами.</p>	<p>Длительность прохождения ДВН сократилась в 2 раза – с 4 до 2 дней и, соответственно с 250 до 110 мин</p>

Наименование проблемы	Мероприятия по решению проблемы	Итоги
	<p>В рамках мероприятий по решению проблемы во вновь выделенном кабинете осуществляются:</p> <ul style="list-style-type: none"> -сверка с базой прикрепленного населения для оперативного решения вопроса о возможности прохождения пациентом ДВН в ГУЗ КП № 1; -при отсутствии прикрепления пациента к ЛПУ непосредственно в данном кабинете есть возможность оформить заявление на прикрепление; -оформление медицинской карты амбулаторного больного; -выдача направлений на анализы и инструментальные методы исследования с назначением даты и времени исследования в АС «Инфекликника»; – антропометрия; – анкетирование; – измерения внутриглазного давления; – запись пациента к врачу-терапевту для получения заключения по результатам ДВН. <p>Выделен лаборант и отдельный вход для забора крови по ДВН.</p> <p>Осуществлен перенос смотрового кабинета, что позволило создать оптимальную схему маршрутизации пациентов.</p> <p>Выделен специалист и кабинет для проведения ЭКГ-исследований в непосредственной близости от кабинета медицинской профилактики</p>	

Выводы:

В результате внедрения проекта «Бережливая поликлиника» пациентам стало комфортнее находиться в поликлинике и легче ориентироваться в ней, отмечается удобство использования информационных стендов и табло. Сократилось время ожидания приема специалистов. В целом отмечается удовлетворенность качеством работы персонала в медицинской организации. Таким образом, считаем, что проект «Бережливая поликлиника» внедренный в ГУЗ Клиническую поликлинику № 1 является успешным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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

2. Национальные проекты: целевые показатели и основные результаты: методические рекомендации [Электронный ресурс] / На основе паспортов национальных проектов, утвержденных президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 г. – Москва, 2019. – URL: https://minpromtorg.gov.ru/common/upload/docVersions/5d623e7b1547a/actual/Информационные_материалы_о_национальных_проектах_по_12_направлениям_стратегического_развития_compressed.pdf (Дата обращения: 02.02.2021).

3. Приказ комитета здравоохранения Волгоградской области и государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» от 11.01.2018 № 33/10 «О реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на территории Волгоградской области» в поликлинике ГУЗ "КП №1"».

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК И КАБИНЕТОВ

Ласковый Александр Анатольевич

*Россия, Пятигорский медико-фармацевтический институт –
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

По мере развития рыночных отношений в Российской Федерации развивается и конкуренция. Процесс развития конкуренции характерен для всех отраслей и сфер деятельности. Быстрыми темпами конкуренция развивается и в сфере медицинских услуг. К сожалению, в отечественной научной и учебной литературе недостаточно внимания уделено вопросам конкуренции вообще и вопросам оценки конкурентоспособности медицинских организаций, в частности. При определении самого понятия «конкуренция» часто используют три различных концептуальных подхода:

1. Поведенческий подход – определяет конкуренцию как соперничество между продавцами на рынке за ресурсы и более выгодные условия продажи. Такой подход является традиционным для большинства отечественных авторов.

2. Функциональный подход – характеризует конкуренцию как элемент механизма рынка, согласующий спрос и предложение на нем.

3. Структурный подход – определяет конкуренцию с точки зрения типа отраслевого рынка и существующих на нем условий.

Данная классификация концепций конкуренции встречается в трудах Философовой Т. Г. [1].

В связи с ростом значения конкуренции в развитии экономики страны и мировой экономики, все большее значение приобретают исследования, посвященные оценке конкурентоспособности на разных уровнях (от объектного уровня до уровня макроэкономики). Понятие «конкурентоспособность» является еще более сложным по сравнению с понятием «конкуренция». Современная экономическая наука не только не смогла разработать единой

общепринятой трактовки понятия «конкурентоспособность», но и общепринятых подходов к оценке ее уровня и факторам формирования.

Фатхутдинов Р. А. рассматривает конкурентоспособность как свойство объекта или субъекта удовлетворять конкретную потребность по сравнению с аналогичными объектами или субъектами, представленными на том же рынке [2].

С точки зрения Герчиковой И. Н., конкурентоспособность – это большой комплекс экономических характеристик, определяющих положение на рынке и включающий характеристики товара, а также факторы, формирующие экономические условия производства и реализации товара [3].

Все приведенные трактовки известных авторов делают акценты на различные компоненты понятия «конкурентоспособность», что осложняет процесс оценки уровня конкурентоспособности и товаров, и организаций.

Таким образом, одной из основных проблем конкурентоспособности на объектном уровне или уровне хозяйствующих субъектов является отсутствие четких общепринятых дефиниций: «конкуренция» и «конкурентоспособность».

Рассмотрение конкурентоспособности медицинских организаций и, в частности, стоматологических клиник и кабинетов, сталкивается с целым комплексом других проблем. Эти проблемы можно условно разбить на две группы: проблемы информационного характера и проблемы методологического характера. Информационные проблемы подразумевают отсутствие, неполноту или недостоверность информации, необходимой для объективной оценки уровня конкурентоспособности организаций, оказывающих услуги в области стоматологии. Одним из важных аспектов оценки конкурентоспособности являются использование экономических показателей конкурирующих организаций. Конкурентное поле рынка стоматологических услуг весьма специфично. Действующие на этом поле субъекты, в основном, являются частными организациями и их количество, за последние три года, превысило 90 %. Рост данного показателя обусловлен не только увеличением количества частных клиник, но и сокращением государственных. В 2014–2017 гг. значительное количество государственных стоматологических клиник стали структурными подразделениями крупных медицинских организаций районного и областного масштабов. Большая часть

хозяйствующих субъектов, находящихся в частной собственности – это небольшие клиники и кабинеты, имеющие не более пяти рабочих мест. Большинство мелких частных организаций в нашей стране склонны искажать налоговую и статистическую отчетность в сторону уменьшения результирующих показателей. Поэтому данные об их выручке, прибыли, издержках часто недостоверны. К тому же, доступ и к такой информации часто затруднен, так как мелкие организации не обязаны публиковать отчетность с финансовыми результатами их деятельности. Из-за этой информационной проблемы сложно определить емкость локальных рынков стоматологических услуг и рыночные доли конкурентов

С проблемой неточной и недостоверной информации можно столкнуться, изучая деятельность даже государственных и муниципальных стоматологических клиник. Разработанные в соответствии с разъяснениями Минздрава РФ территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи уделяют все меньше внимания бесплатным услугам в области стоматологии. Кроме того, проблему недостоверной информации усугубляют применяемые в отчетности государственных клиник условные единицы трудоемкости (УЕТ), которые используются при нормировании работы персонала и при расчете числа посещений клиник пациентами. Используемые в этих расчетах коэффициенты искажают число посещений государственных и муниципальных клиник в сторону уменьшения. Из-за перечисленных проблем информационного обеспечения, в оценке конкурентоспособности приходится применять информацию, полученную косвенными методами с использованием средних величин. Другая категория проблем при определении уровня конкурентоспособности стоматологических клиник и кабинетов – это проблемы методологические. С этой категорией проблем сталкиваются при оценке качества услуг и других нематериальных объектов. Качество услуг необходимо оценивать при определении их уровня конкурентоспособности, а также при определении уровня конкурентоспособности организации их оказывающей. Основными свойствами услуг являются их неосвязаемость, несохраняемость и неразделимость производства и потребления. Медицинские услуги имеют еще одно свойство: их качество зависит от взаимодействия врача и пациента. Только выполнение всех

назначений врача позволяет пациенту получить качественную услугу. Оценка качества услуг всегда субъективна, так как при такой оценке, в отличие от оценки качества товаров в материально-вещественной форме, невозможно применение объективных инструментальных методов. Применяемые для определения качества услуг опросы потребителей дают субъективные оценки и не позволяют достоверно оценить уровень конкурентоспособности самих медицинских услуг и организаций их оказывающих.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Философова Т. Г. Конкуренция. Инновации. Конкуренто-способность: учеб. пособие для студентов вузов/Т.Г. Философова, В.А. Быков – М. : ЮНИТИ, 2017. – 295 с.
2. Фатхутдинов Р. А. Управление конкурентоспособностью организации: учебник /Р.А. Фатхутдинов. 3-е изд. – М.: Маркет ДС, 2008. – 432 с.
3. Герчикова И. Н. Менеджмент: учебник для студентов вузов / И. Н. Герчикова. – 4-е изд., пререраб. и доп. – М. : ЮНИТИ, 2012. – 499 с.

МОТИВАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Мищенко Ирина Михайловна, Кочишвили Ксения Викторовна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

В современном мире все большую роль играет человеческий капитал, усилия которого оказывают значимое влияние на производительность и успех организации. Но для того, чтобы данные усилия возникли, любой сотрудник, несмотря на его положение в организационной иерархии должен быть заинтересован в исполнении своих обязанностей, более того на него должны действовать определенные побуждающие силы как изнутри, так и внешне. Весь медицинский персонал – это совокупность личностей, каждая из которых обладает особой интеллектуальностью, интеллектом, способностью к саморазвитию, творчеству. Поэтому сегодня медицинские сотрудники организации рассматриваются уже не просто как личности, а в социально-культурном аспекте, то есть действующими уже в единой команде, объединившись на добровольной основе. В связи с этим каждый руководитель задумывается о необходимости внедрения и развития системы мотивации на своем предприятии [1].

Повышение трудовой мотивации персонала является одной из приоритетных задач управления в любой области деятельности.

Мотивация в управлении персоналом понимается как процесс активации мотивов работника (внутренняя мотивация) и создания стимулов (внешняя мотивация) для их побуждения к эффективному труду. Целью мотивации является формирование комплекса условий, побуждающих человека к осуществлению действий, направленных на достижение цели с максимальным эффектом [2].

Мотивация – это сложный психологический феномен, вызывающий множество споров в среде психологов, придерживающихся различных психологических концепций.

Мотивация труда – важнейший фактор результативности работы, и в этом качестве она составляет основу трудового потенциала работника, т.е. всей совокупности свойств, влияющих на производственную деятельность [1].

Трудовой потенциал состоит из психофизиологического потенциала (способностей и склонностей человека, его здоровья, работоспособности, выносливости, типа нервной системы) и личностного (мотивационного) потенциала. Мотивационный потенциал играет роль пускового механизма, определяющего, какие способности и в какой степени работник будет развивать и использовать в процессе трудовой деятельности. Мотивация – это также и процесс создания таких условий, регулирующих трудовые отношения, в рамках которых у работника появляется потребность самоотверженно трудиться, так как это для него единственный путь достижения своего оптимума в удовлетворении потребностей [1].

Мотивация – это процесс сопряжения целей компании и целей работника для наиболее полного удовлетворения потребностей обоих, процесс побуждения себя и других к деятельности для достижения общих целей.

Мотивация – это создание условий отождествления интересов организации и работника, при которых то, что выгодно и необходимо одному, становилось столь же необходимо и выгодно другому. Особое место во всех мотивационных системах с начала индустриального развития занимала заработная плата, ее организация, установление общего уровня и дифференциация в зависимости от профессии, квалификации, важности работника для предприятия и т.д., поскольку деньги в форме заработной платы и дополнительных выплат являются наиболее очевидным и до сих пор самым распространенным способом, которым организация может вознаградить сотрудников [2].

Проблемы мотивации и стимулирования персонала широко рассматриваются как в научной, так и публицистической литературе. Попытки адаптировать классические теории мотивации к современности во многом не систематизированы, что затрудняет практическое использование технологий и методов мотивации. Сложность практической организации системы мотивации персонала определяется слабой изученностью особенностей мотивации работников, занятых в отдельных отраслях экономики и видах производства. Совершенно очевидно, что в разных сферах деятельности существует профессиональная специфика мотивации [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипова И. Н., Шлыкова И. Н., Матвеева Е. В. Управление мотивацией трудовой деятельности медицинских сестер ЛПУ // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 6. – С. 12–20.
2. Дроздова Г. Ю. Проблемы мотивации трудовой деятельности медицинских сестер // Главная медицинская сестра. – 2007. – № 1. – С. 54–62.
3. Экономическое стимулирование мед. персонала амбулаторно-поликлинического учреждения: методическое пособие РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко / Под ред. А. Л. Линденбрата. – М., 2009. – С. 44.

НЕОБХОДИМОСТЬ МОДЕЛИРОВАНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ

Орлов Федор Викторович, Эжаев Ахмед Висханович

*Россия, Астраханский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Шаповалова Марина Александровна*

Для достижения ключевых целей и целевых показателей Национальных проектов Здравоохранение и Демография стратегически важным является задача сохранения и укрепления человеческого капитала как крайне необходимого ресурса страны. Он, в свою очередь, является базой для решения задач Федеральных проектов, сформулированных как на краткосрочную, так и на долгосрочную перспективу. Владея информацией о происходящих явлениях и процессах в естественном и механическом движении населения, базовыми знаниями о демографических трендах и навыками управления, в том числе тактикой использования бережливых технологий, можно разработать эффективную организационно-управленческую модель управления воспроизводством населения и накопления человеческого капитала.

Учитывая тот факт, что детерминантами демографических процессов и явлений считают социальные, медицинские, экономические факторы, известно множество научных исследований, посвященных изучению младенческой смертности населения, рождаемости и смертности, естественного прироста, оценки эффективности работы государственных программ, направленных на улучшение медико-демографических показателей, системы оказания медицинской помощи населению, охрану репродуктивного здоровья населения, качество жизни населения. Процессы рождаемости и смертности формируют режим воспроизводства населения и взаимосвязаны с понятием демографического потенциала, определяют основы экономического роста и национальной безопасности.

Накопленный научный опыт многоаспектного изучения здоровья населения: стоимостной оценки здоровья, расчета трудового потенциала и трудовых ресурсов, управления воспроизводством трудового потенциала,

инвестиций в человеческий капитал, оценки эффективности государственных национальных программ системы здравоохранения и влияния их на воспроизводство и регулирование численности населения в регионе формирует потребность дальнейшего изучения вопроса управления воспроизводства населения, возможность применения бережливых технологий. А отдельные результаты расчета показателей воспроизводства своими депрессивными значениями обуславливают эту необходимость.

Так, коэффициент естественного прироста увеличивался от $-1,43\%$ до $1,07\%$, индекс жизненности Пирла увеличивался в 3,14 раза, брутто-коэффициент воспроизводства населения как скорректированный суммарный коэффициент рождаемости отражал формирующуюся тенденцию роста рождаемости, нетто-коэффициента воспроизводства свидетельствовал о наличии суженного режима воспроизводства. Незначительные различия значений брутто- и нетто-коэффициентов свидетельствовали об уменьшении компоненты смертности в структуре нетто-коэффициента воспроизводства. Отношение нетто- к брутто-коэффициенту воспроизводства населения (0,97) подчеркивала «экономичность» воспроизводства населения. Истинный коэффициент естественного прироста (-5,0) показывал предел, к которому стремился реальный коэффициент естественного прироста населения. Брутто-потенциал роста населения (1,03) подчеркивал находящиеся на грани исчезновения реальные резервы роста населения территории. Демографическая нагрузка на трудоспособные возраста увеличивается за счет доли пожилых людей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шаповалова М. А, Бондарев В. А., Корецкая Л. Р. Бережливая медицина как отраслевой вариант бережливого производства // Главный врач: хозяйство и право. – 2015. – № 5. – С. 24–29.

Огуль Л. А., Шаповалова М. А. Демографическая оценка инвестиций в человеческий капитал. – Астрахань, 2011. – 101 с.

Бойко Ю. П., Шаповалова М. А., Путин М. Е., Кашкарова И. А., Мамедов И. Г. Бережливый менеджмент в профилактике заболеваемости // Медицинский вестник МВД. – 2021. – т. 110. – № 1 (110). – С. 19–23.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Павлов Даниил Олегович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

С каждым годом частная медицина занимает все больше места среди услуг здравоохранения. Одна из причин – это качественный сервис, оказать который намного проще при коммерческой структуре управления, не будучи подотчетным бюрократической машине. По мнению части экспертов, управление медицинским бизнесом должно подчиняться общим правилам менеджмента, и каких-либо фундаментальных различий с бизнес-управлением в целом не существует. Есть также мнение о том, что, поскольку медицинские услуги специфичны по своей сути, при управлении клиникой необходимо учитывать более высокий уровень требований.

Жизненный цикл организации включает 7 этапов [4].

1 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 этап – Рост организации.

Рост организации, протекает в два периода.

- увеличение состава организации, выбор специализации определенного товара или услуги; закрепление на определённых 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 этап – Средний возраст.

Организация растёт, 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 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. [2]

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

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что сигналом негативных тенденций на этапе зрелости является потеря значительной доли рынка. Рассмотрим их возможные причины.

5 этап – Старение.

Сохранение или уменьшение объемов производства, при этом потеря прибыльности и финансовой устойчивости организации. Сворачивание деятельности.

6 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. [3]

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. [5]

Своего рода позитивным моментом в изменении политики государства в области здравоохранения является то, что все коммерческие организации окажутся в равных условиях. Единственным возможным методом по нейтрализации данного фактора представляется достижение компромисса с властью. Возможным компромиссом будет являться изменение формы собственности организации с частной на смешанную. При достаточно высоком производственном и интеллектуальном потенциале организации, в основном, это касается крупных медицинских учреждений. Компания при этом получит возможность позиционировать себя как государственная, собственники получают выплаты за приобретение доли, при оптимистичном прогнозе, возможно, сохранить уровень отдачи на собственный капитал. [1]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопян А. С., Шиленко Ю. В. Индустрия здоровья: экономика и управление. URL:
2. Басовский Л. Е. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Актуальные вопросы организации здравоохранения: сборник научных трудов [Электронный ресурс] / под ред. Р. А. Хальфина. – М. : Менеджер здравоохранения, 2008. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. Багдасарян С.Л. Методологические аспекты формирования механизма э фек тивного маркетинга в системе здравоохранения / С.Л. Багдасарян // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2015. № 4 (76). С. 58.
4. Бобрик А. В. Основы управления проектами в здравоохранении [Текст] / А. В. Бобрик. – М.: Акварель, 2010. – 112 с.: ил. – Библиогр. : с. 104-106. – ISBN 978-5-904787-02-8: 205-00.
5. Гавриленко Н. И. Маркетинг [Текст]: учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению "Менеджмент" / Н. И. Гавриленко. – 2-е изд., перераб. – М.: Академия, 2011. – 190, [2] с. : ил. – (Высшее профессиональное образование. Экономика и управление) (Бакалавриат).

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАНСПОРТНЫЙ ОТДЕЛ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Сазонов Станислав Станиславович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Голиков Вячеслав Владимирович*

Аннотация: В статье описана проблема внедрения бережливых технологий в транспортный отдел медицинского вуза и показаны этапы подготовки к их внедрению. На примере ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России показана важность пилотного проекта и его социальная значимость.

Ключевые слова: проект, бережливые технологии, транспортный отдел, медицинский вуз.

Abstract: The article describes the problem of implementing lean technologies in the transport department of a medical university and shows the stages of preparation for their implementation. The importance of the pilot project and its social significance is shown by the example of the Federal State Budgetary Educational Institution of the Volga State Medical University of the Ministry of Health of Russia.

Keywords: project, lean technologies, transport department, medical university.

Применение бережливых технологий управления позволяет достичь высоких результатов в экономической эффективности в управлении государственным сектором. Повышение эффективности управления современных государственных организаций непромышленного комплекса в экономически развитых странах осуществляется за счет применения новых управленческих технологий, таких как экономное производство (lean-технологии). Именно инструменты бережливых технологий позволят решить эти и другие проблемы, мешающие обеспечить низкую себестоимость работы транспорта.

Основываясь на опыте ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России можно сделать вывод, что изучение перспектив внедрения бережливых технологий в транспортный отдел медицинского вуза можно утверждать, что внедрение бережливых технологий позволит разработать пути совершенствования,

которые будут направлены на повышение эффективности деятельности транспортного отдела ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

Перспективы решения данной научно-практической задачи будут основываться на работах отечественных ученых и практиков в области бережливого производства, в работах которых разрабатываются проблемы деятельности транспортного сектора. Основываясь на концепции ответственной эксплуатации транспорта, важно использовать не только нормативно-правовые акты и методические материалы, регламентирующие транспортную деятельность в медицинских вузах, но и материалы государственных программ поддержки такого рода инициатив.

Однако, важно понимать, что технологические процессы транспортного отдела медицинских учреждений имеют сложную структуру, поэтому нужна колоссальная работа, чтобы выполнить их оценку. На первом этапе необходимо понять, сколько технологических процессов, что у них сегодня явно не соответствует созданию потока ценностей. А затем, обнаружив все расходы, необходимо принять правильное решение о том, как оптимизировать работу. И когда можно увидеть, что каждое движение продумано и ведет к повышению ценности работы или несет положительный сдвиг – это действительно настоящий результат работы [1-3].

В связи с этим, предлагаем концепцию начала проекта внедрения бережливых технологий в транспортный отдел медицинского вуза, которая включает такие стадии:

- охарактеризовать концепцию стратегического соответствия как модель бережливого производства;
- провести анализ современного состояния и проблем работы транспортного отдела ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России;
- определить цели и задачи применения бережливого производства, его место и роль в деятельности транспортного отдела исследуемого вуза;
- разработать различные статистические и аналитические отчеты, связанные с оказанием услуг транспортного отдела ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.
- проанализировать и интерпретировать полученные результаты применения принципов бережливого производства в реализации деятельности транспортного отдела ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России;

- предложить направления совершенствования, направленные на повышение эффективности бережливого производства;

Высокая ответственность на начальной стадии подготовки проекта внедрения бережливых технологий в транспортный отдел медицинского вуза состоит не только в сложности выполнения задач предварительного этапа, но и в понимании, что данный проект может стать примером для других российских вузов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безопасность транспорта и сложных технических систем глазами молодежи. – Иркутск: ИГУПС, 2018. – 368 с.

2. Путилина И. Н., Проблемы развития современного высшего образования // Политематический сетевой электронный научный журнал КГАУ. – 2015. – № 107. – С. 927–938.

3. Энергоэффективность, ресурсосбережение и природопользование в городском хозяйстве и строительстве: экономика и управление. – Волгоград: Волгоградский государственный архитектурно-строительный университет, 2015. – 418 с.

**ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ ВНЕДРЕНИЯ
БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ТРАНСПОРТНЫЙ ОТДЕЛ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**
Сазонов Станислав Станиславович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Голиков Вячеслав Владимирович*

Аннотация: В статье представлены особенности управления проектом внедрения бережливых технологий в транспортный отдел медицинского вуза. На примере ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России предложено оптимизировать систему управления проектом за счет расширения перечня квалификационных обязанностей Главного специалиста транспортного отдела ФГБОУ ВО ВолгГМУ с целью внедрения бережливых технологий в транспортный отдел медицинского вуза.

Ключевые слова: управление, бережливые технологии, транспортный отдел, медицинский вуз.

Abstract: The article presents the features of project management for the introduction of lean technologies in the transport department of a medical university. Using the example of the Volga State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, it is proposed to optimize the project management system by expanding the list of qualification responsibilities of the Chief Specialist of the Transport Department of the Volga State Medical University in order to introduce lean technologies into the transport department of a medical university.

Keywords: management, lean technologies, transport department, medical university.

В условиях сегодняшнего дня вопрос бережливого использования топливно-энергетических ресурсов государственных учреждений всех уровней, включая высшие учебные заведения. Данные процессы являются не только инициативой вузов, но и оказывается государственная поддержка внедрения энергоэффективных мер. В ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России созданы и функционируют важные для образования и здравоохранения институты,

которые обслуживаются транспортным отделом организации. По инициативе высшего руководства ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России в ближайшей перспективе планируется оптимизация работы транспортного отдела с целью внедрения бережных технологий.

В управлении деятельностью ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России большая роль принадлежит современным эффективным технологиям управления. На сегодняшний день создано и применяется на практике много концепций управления, выбор которых должны осуществлять вузы для внедрения бережливых технологий. Среди концепций управления в сфере транспорта следует обратить внимание на концепцию бережливых технологий, применение которой уже сегодня позволяет зарубежным вузам получать дополнительные финансовые результаты.

На сегодняшний день тема исследования теоретических основ развития и управления транспортом в государственных учреждениях достаточно популярна, ей посвящен целый ряд работ [1-3] и др. Целью статьи является обоснование необходимости использования главных принципов концепции «бережливых технологий» в транспортный отдел медицинского вуза.

Применение концепции бережливых технологий в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России не требует существенных инвестиций, но позволит последовательно снизить непроизводственные расходы, повысить качество процессов ремонта и эксплуатации технических средств транспортного отдела.

В связи с этим, предлагаем дополнить перечень квалификационных обязанностей Главного специалиста транспортного отдела ФГБОУ ВО ВолгГМУ перечнем следующих задач:

1. Готовит предложения по развитию информационно-телекоммуникационных технологий транспортной инфраструктуры ФГБОУ ВО ВолгГМУ и внедрение новейших технологий в области транспорта, наружного освещения.

2. Предоставляет предложения, разрабатывает и внедряет мероприятия по улучшению инвестиционного климата для привлечения средств в развитие новейших технологий.

3. Готовит проекты нормативных актов по вопросам работы транспортного отдела и внедрение новейших технологий в области транспорта, наружного освещения, относящихся к компетенции местных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления.

4. Работает с базами данных информационно-телекоммуникационной системы ФГБОУ ВО ВолгГМУ.

5. Принимает участие в анализе, разработке, моделировании и тестировании информационно-телекоммуникационных технологий транспортной инфраструктуры ФГБОУ ВО ВолгГМУ и внедрение новейших технологий в области транспорта.

Таким образом, в данной статье предложено расширение перечня квалификационных обязанностей Главного специалиста транспортного отдела ФГБОУ ВО ВолгГМУ с целью внедрения бережливых технологий в транспортный отдел медицинского вуза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кудряков В. Г., Мирончук В. А. Развитие преподавания дисциплины «бережливые технологии» в учебном процессе / Качество современных образовательных услуг - основа конкурентоспособности вуза. -2016. – С. 349–351.

2. Потенциал Российской экономики и инновационные пути его реализации. – Омск: ФУ РФ, 2018. – 403 с.

3. Сычанина, С. Н. Внедрение технологий бережливого производства как способ повышения производительности труда на предприятиях общественного транспорта // Вестник Академии знаний. – 2019. – № 3(32). – С. 238–244.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРОЙ В УСЛОВИЯХ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Санникова Ольга Анатольевна

Россия, Волгоград, ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9»

Научный руководитель: кандидат экономических наук

доцент Князев Сергей Александрович

Организационная культура – действенный инструмент, обеспечивающий высокую эффективность и качественную работу сотрудников. С его помощью можно создать хорошую атмосферу для выполнения трудовой деятельности и помочь повысить эффективность работы отдельных работников и всей организации.

Повышение уровня образования, квалификации и профессионального уровня персонала требует от руководителей использования все более эффективных и комплексных методов управления. Для повышения результативности управления недостаточно только управлять поведением персонала. В настоящее время важно применять методы управления мыслями и чувствами сотрудников для формирования общественного мнения и эмоций.

Особенность этого управления заключается в налаживании и поддержании целенаправленной и постоянной связи со всеми уровнями социума – с партнерами компании, с общественностью и средствами массовой информации, с национальными и местными правительственными учреждениями, с финансовыми структурами и с самими сотрудниками.

В процессе работы с сотрудниками медицинской организации необходимо сформировать целостную систему ценностей, правил и норм. Другими словами, это организационная культура, позволяющая достичь конечного результата корпоративного выживания и сосредоточить свою энергию на политике стимулирования сотрудников, и предоставить каждому из них возможности для самореализации.

Организационная культура в широком смысле представляет все материальные и духовные ценности, которыми располагает организация и может

использовать, в том числе то, ради каких целей и каким образом это она осуществляет.

В организации культура играет огромную роль, так как буквально пронизывает весь процесс трудовой деятельности и управления сотрудниками, поскольку на ее основе вырабатываются основные принципы деятельности всей компании. А также ставятся цели и происходит поиск и выработка способов их достижения. Формируется положительный образ компании как у групп, которые непосредственно ее интересуют, так и у важнейшего из ресурсов – ее персонала.

В компании организационная культура определяет преобладающий стиль управления данной организацией, что в ней принято, какие возможности есть у сотрудников, и что в ней является неосуществимым. Заимствование организационной культуры представляется невозможным, в связи с уникальностью каждого коллектива. Осознание и понимание культуры, сложившейся в данной компании, является одним из важнейших аспектов как для руководителей, так и для ее сотрудников.

Рассматривая любую организацию как организм, необходимо признать, что она управляется различными движущими силами, в том числе страхами, табу и некими иррациональными инструментами. О них не всегда говорят, едва ли они осознаются сотрудниками, особенно «старожилами» организации, но эти движущие силы оказывают огромное воздействие на все бизнес-процессы. Рюттингер Р. писал, что «организация как механизм имеет культуру, организация как организм и есть культура» [1, с. 513].

По сей день существует множество предприятий, пренебрегающих в своей внутренней политике данным ценным аспектом, хотя он оказывает довольно сильное влияние на тот самый результат, к которому они стремятся. Создается некий замкнутый круг.

Пренебрежение организационной культурой в угоду повышения результативности, наоборот, в итоге снижает эффективность работы предприятия, поскольку работники испытывают дискомфорт, находясь в рабочем коллективе и не могут осуществлять трудовую деятельность с большей отдачей, как если бы им было комфортно, и организация заботилась об мотивации их деятельности.

Роль организационной культуры неопределима в любой компании. При помощи нее происходит регулирование и регламентирование взаимоотношений между работниками внутри коллектива, а также непосредственно с руководством данной организации.

Основанием организационной культуры, несомненно, являются правила и нормы, что приняты в определенной компании, однако, стоит отметить то, что немаловажную роль играет в данном случае мотивация рабочего процесса.

Основные формы, в которых реализуется мотивация:

- воспитание,
- способность адаптироваться к конкретной ситуации,
- индивидуальные поведенческие реакции работника.

Лишь сформировав в сознании коллектива компании некие установки, сложную систему ценностей, мы получаем возможность строить прогнозы и производить стимулирование желаемого поведения коллектива. Но, также не стоит забывать о том, что культура организации может быть сформирована стихийно, в связи с воздействием различных внешних факторов. Формирование организационной культуры зачастую происходит на основании личностных взглядов руководителей, в рамках существующей практики.

Однако искусственно введенные нормы поведения в коллективе могут вызвать диссонанс и отторжение, в связи с уже установившейся внутренней политикой этого коллектива и не соответствием этих норм уже существующим установкам. Проявляющийся конфликт в этой связи становится вполне ожидаемым, ведь руководством не было учтено то, что сложилось в коллективе на протяжении времени его существования.

Таким образом, дабы избежать подобного, руководству следует уделять больше внимания при формировании организационной культуры и внесение корректив в уже существующие в компании правила и нормы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ансофф, И. Новая корпоративная стратегия / И. Ансофф. – СПб. : Питер, 2017.
2. Абрамова, С. Г. О понятии «корпоративная культура» / С. Г. Абрамова, И. А. Костенчук. – М. : Экзамен, 2018.
3. Виханский, О. С. Менеджмент: Учебник – 3-е издание / О. С. Виханский, А. И. Наумов. – М. : Гардарики, 2020.

РУКОВОДСТВО.
АЛГОРИТМ, ТЕХНИКА, ПРИЕМЫ И МЕТОДЫ РУКОВОДСТВА.
ПРИНЯТИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ
В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
Сваволюк Антонина Николаевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Аракелова Ирина Владимировна*

В теории управления существуют два подхода к пониманию решения: расширенный подход- под решением понимается весь управленческий цикл по достижению целей организации; узкий подход, понимающий под решением выбор лучшего из нескольких вариантов действий, то есть выбор альтернативы [2, С. 8].

Каждый руководитель медицинской организации как правило опытный менеджер, который рационально старается распределить имеющиеся ресурсы и выбирает альтернативу управленческого решения, которая в последующем приведет к максимальному результату – критерий рациональности. Рациональные менеджеры, руководствуясь данным критерием найдут выгодным принять то или иное решение лишь в том случае, если это приведет к цели без перерасхода выделенных средств или к минимизации затрачиваемых на решение ресурсов.

С общей точки зрения цель управления в сфере здравоохранения заключается в улучшении здоровья населения и повышении эффективности оказания медицинских услуг. Данный вид управления осуществляется с учетом государственной политики, новой информации- диспансеризации населения, доказательной базы- статистические данные по количеству оказанных медицинских услуг, показателей реального состояния здоровья населения.

Управленческие (организационные решения) существенно отличаются от решений, принимаемых в частной жизни, что представлено в таблице.

Отличительные характеристики управленческих решений и решений,
принимаемых в частной жизни.

Критерий	Характеристика
1	2
1. По целям	Каждый субъект управления принимает решение не для удовлетворения собственных интересов, а для решения проблем медицинской организации.
2. По результату.	Решения, принимаемые в частной жизни, сказываются на самом результате и этапах планирования к достижению поставленной цели. Организационные решения влияют на деятельность всей организации, и ее сотрудников и чем выше уровень принятия таких решений, тем серьезнее их последствия даже для целых регионов и всей страны.
3. По разделению труда.	В частной жизни решение обычно выполняется тем, кто его принимал на основе планирования и интеллекта. В процессе управления основан на функциональном, профессиональном, квалификационном и операционно-технологическом разделении труда: основано на иерархии функций управления предприятием (исследовательские, проектные, нормативные, плановые, технические, организационные, координационные, обеспечивающие), представляя собой сочетание определенных групп, комплексов операций, повторяющихся при их выполнении.
4. По профессионализму.	Решения в частной практике основываются из опыта и мастерства. Управленческие решения требуют специальной подготовки, профессиональных знаний, дающих управленцу право получить полномочия для самостоятельного принятия определенных решений.

Составлено автором по источникам [2, С. 244].

Критерием управленческого решения – является удовлетворение социальных потребностей и ожиданий общества в целом, с применением соотношений имеющихся ресурсов и потенциальных возможностей.

За последние годы произошло активное реформирование сферы здравоохранения и изменения в мировой системе экономических отношений, усиление международного сотрудничества, которые, прежде всего, связаны

с финансированием, развитием частного сектора медицинских услуг, ростом уровня конкуренции на рынке и поиском новых путей повышения эффективности и результативности системы охраны здоровья населения.

Необходимые элементы в принятии решений: наличие альтернатив (безысходность); наличие цели (иначе бесцельность выбора); необходимость волевого акта лица, принимающего решение как результат борьбы различных мотивов и мнений.

Существует несколько разновидностей решений, типичных для сферы управления системой здравоохранения [3]:

1. В процессе планирования принимаются решения: по медицинскому обслуживанию населения; о стратегии и тактике по улучшению качества и эффективности лечебно-профилактической помощи населению, которые выбираются организацией здравоохранения для достижения поставленных целей.

2. В процессе организации деятельности принимаются решения: о структурировании работы; о координации функционирования различных структурных подразделений; о распределении полномочий между руководителями медицинской организации; о структуре организации при изменении внешнего окружения на каждом из уровней [2].

3. В процессе мотивации персонала принимаются следующие решения: о потребностях подчиненных и их удовлетворении; о производительности работы подчиненных, об экономических и неэкономических стимулах - сотрудники предприятия, являются важнейшим ресурсом, влияющим его на доход, конкурентоспособность и устойчивое развитие, которые должны быть продуктивными.

4. В процессе контроля принимаются решения: о достигнутых и не достигнутых целях организации; об измерении результатов работы и их оценке; о корректировке целей, которые активизируют руководителей в усовершенствовании систем управления.

Руководители лечебно-профилактического учреждения высшего, и среднего звена отмечают, что в ряде случаев, им приходится принимать решения, опираясь на интуицию. Однако практика управления показывает, что одной лишь интуиции недостаточно для принятия решений в условиях динамики внешней среды и вероятностного характера изменений внутренней среды в медицинских организациях.

Должны строго соблюдаться (особенно правовые и экологические нормативы). Чем больше обоснованных нормативов по каждому элементу системы управления, тем выше будет ее организованность, уровень автоматизации планирования, учета и контроля на всех уровнях управления.

Любое управленческое решение должно быть осознанным, просчитанным. Это сознательно выбранное, основанное на мыслительных операциях сравнения и сопоставления, анализа и синтеза, умозаключения и вывода ответственное решение, учитывающее множество положительных и отрицательных обстоятельств в его технологическом и ресурсном обеспечении.

Руководителю управленческое решение позволяет определить приоритеты, спланировать действия, согласовав их между всеми заинтересованными сторонами, сделать расчеты по ресурсам, которые необходимы для выполнения задач, и главное – принятия управленческого решения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – 2019.

2. Разработка и принятие управленческих решений в системе охраны здоровья населения : уч.-метод. пособие / В. С. Глушанко, М. В. Алфёрова, А. Т. Щастный. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2016. – С. 8–55.

3. Принятие и контроль управленческих решений в здравоохранении /Журнал «Главный врач» 2016/06.

4. Кильмашкина Т. Н. Управленческое решение: сущность, классификация, предъявляемые требования: статья / Т. Н. Кильмашкина. // Журнал «Труды» 2018, № 2 (46). – С. 28–32.

5. Консультант врача / варианты принятия управленческих решений. Режим доступа : <https://www.rosmedlib.ru/ru/doc/ISBN9785970442463-0006.html> Дата обращения: 17.10.2021.

ИЗУЧЕНИЕ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Сваволюк Антонина Николаевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

Аннотация: Доступная медицинская помощь на законодательном уровне представляется одним из основных принципов по охране здоровья граждан России и содержит целый комплекс услуг, оказываемых медицинскими организациями с целью удовлетворения всех нужд пациентов. В нашей стране потеря времени в очередях в городских больницах – главный фактор мнения людей, определяющий недовольство населения работой медицинских учреждений. Бережливые технологии – новейший инструментарий по повышению качества оказываемых услуг, главная задача которого состоит в постоянном стремлении устранить все формы потерь.

В медицинской области, как и в любой сфере, всегда есть ряд нерешенных проблемных вопросов, но если проблема определена, то в любом случае найдется и путь ее разрешения.

Ключевые слова: бережливые технологии, медицинская организация, бережливое производство, пациент, сотрудник, пилотный проект.

Сегодня медицинская организация обязана своевременно и гибко реагировать на возникающие проблемные ситуации в области оказания медицинской помощи, учитывая запросы и потребности пациентов. Решение подобного рода вопросов возможно путем внедрения бережливых технологий в медицинских учреждениях, в которых не требуется в обязательном порядке крупное инвестирование [2, с. 9].

Историческое начало «бережливое производство» берет с 1920 г. в связи с появлением и увеличением производственных организаций. Первопроходцем стал один из основателей автомобильной компании Toyota в Японии Тайити Оно (1912–1990), который взял за основу научную организацию труда. В медицинской области новое направление стало активно применяться только с 1990-х г., а в 2006 г. по предложению Lean Enterprise Academy

(Англия) была проведена первая в Европе конференция по внедрению бережливых технологий в область медицины.

В 2017 году Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам был утвержден новый целевой проект по созданию новейшей модели поликлиники, основанной на принципе «бережливого производства» с целью повышения удовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг до 60 и 70 % к 2020 и 2022 гг. соответственно. Данный проект был включен в госпрограмму «Развитие здравоохранения» от 26 декабря 2017 г. № 1640.

В России пилотный проект был запущен в 6 поликлиниках Ярославской, Калининградской областей и Севастополя, а к концу 2017 г. участниками проекта уже были 297 медицинских учреждений из 40 субъектов – 125 детских и 172 взрослых поликлиники, а также 90 пилотных и 207 тиражируемых поликлиник [1, с. 90-91]. Первые результаты осуществления на практике пилотного проекта показали, что в итоге его введения продолжительность обслуживания пациента увеличилась в 2 раза, время непосредственной записи и оформления к доктору снизилось в 5 раз, очереди уменьшились в 8 раз, время ожидания на прием к врачу снизилось в 12 раз; разделение детей на тех, которым необходимо получить справку либо пройти медосмотр и обращающихся непосредственно за медицинской помощью в связи с болезнью [3, с. 110].

Модель «бережливое производство» основывается на использовании инструментария и новых технологий в медицинской области. Философия новой модели заключается в принципах, представленных в таблице 1.

Таблица 1.

Принципы «бережливого производства» в медицине

Наименование принципа	Описание
Исключение потерь	В области медицины к потерям относятся все процедуры, не несущие прямой пользы для человека, например, ожидание в очереди приема, заполнение медицинской карты
Акцент на обучении	Постоянная обратная связь с пациентом, проведение тестирования, короткие периоды разработки
Предельно отсроченное принятие решений	Решение принимается не на предположениях и прогнозах, а на достоверной фактической информации;
Предельно быстрая доставка заказчику	Оказание медицинской услуги быстро и качественно [2, с.9].

В методике «бережливые технологии» применяются инструменты:

1. Картирование потока создания ценности – это процесс, который нацелен на формирование визуализации материальных потоков и потоков данных, для доведения продукции либо услуги до потребителя, и позволяющий распознать проблемные места и путем анализа создать план совершенствования;

2. SMED – быстрая переналадка, подразумевающая уменьшение периода времени и упрощение процедуры перенастройки и позволяющая перерабатывать больший объем продукта без накопления ненужных запасов;

3. Система JIT – подразумевает под собой производство, производящим только тот вид продукта, который требуется к определенному времени и в фиксированном количестве;

4. Канбан («сигнал, карточка») – способ информатизации, дающий разрешение либо указ на изготовление, или передачу продукции в вытягивающей структуре, позволяющая улучшить цепь планирования производственной активности от начальных этапов производства с совершенствованием их загрузки;

5. Система 5S – основана на организации и рациональном оснащении рабочего места и включает 5 шагов: сортировка, соблюдение порядка, поддержание чистоты, стандартизация, совершенствование;

6. Система TPM – способствует сохранению качественных характеристик оборудования, ориентируется на эффективность применения его посредством своевременного профессионального обслуживания;

7. Вытягивающее поточное производство – суть заключается в том, что объем продукта на конкретном этапе производства определяется только нуждами следующих этапов;

8. Визуализация – это инструмент, при котором фиксируется расположение оборудования, тары, деталей и иных индикаторов производства, и любой человек изначально понимает состояние системы – норма либо нет.

Эффективность использования на практике технологий «бережливое производство» в области медицины измеряется косвенными показателями, такими как: удовлетворенность персонала и пациентов, период ожидания, качество оказываемых медицинских услуг, улучшения здоровья людей, денежные расходы на организацию медицинского обслуживания [6].

Так, в 2018 г. было проведено исследование Л. В. Сочковой в поликлинике Санкт-Петербурга путем анализирования и картирования текущего положения процесса посредством выделения главных направлений проекта с помощью проведения анкетирования сотрудников и пациентов. В результате проведения опроса были выявлены основные проблемы, представленные в таблице 2.

Таблица 2.

Результаты опроса пациентов и сотрудников

Предложения пациентов	Предложения сотрудников
Очередь в регистратуру;	Бумажная волокита;
Отсутствие оборудования мест ожидания;	Недостаточно оборудованное рабочее место;
Неудобное расположение кабинетов и нумерация;	Затрата времени на поиск документов и результатов анализов;
Очередь на прием к врачу и долгий период ожидания.	Затрата времени на лекарственные средства и расходные материалы.

Как видно из таблицы 2, были выявлены такие проблемы как: длительные определенные операции и период ожидания, снижение коэффициента эффективности из-за потерянного времени, долгое передвижение людей по поликлинике с пересечением больных и здоровых.

Долее была сформирована карта целевого положения путей снижения потерь путем реорганизации, перепрофилирования кабинетов, автоматизирования процесса диспансеризации с возможным изменением маршрута, создания СМС-оповещения, выделения отдельных кабинетов для УЗИ, ЭКГ, профосмотров. В результате сроки диспансеризации снизились с 4 до 2 дней, общее время ожидания на 67 %, снижение маршрута передвижения людей на 56 % и повышение удовлетворенности пациентов в 1,5 раза [7, с. 6–7].

В исследовании А. Г. Ластовецкого, проведенном также в 2018 г., первоначально было проведено анкетирование пациентов и сотрудников (таблица 3).

Результаты опроса пациентов и сотрудников

Предложения пациентов	Предложения сотрудников
Организация маршрутизации и работы структурных отделов;	Улучшение рабочих мест
Обустройство мест ожидания.	Кадровое обеспечение
	Информатизация и организация работы

С целью выявления проблем в процессе применялась диаграмма Паретто, где ранжируются причины от меньших к большим. Было выявлено, что основные проблемные вопросы во взрослой и детской поликлиниках – работа регистратуры и прием терапевта и педиатра соответственно, также во взрослой диспансеризация, а в детской – работа прививочного кабинета.

Далее была сформирована карта целевого состояния, согласно которой выполнены мероприятия по уменьшению времени ожидания и лишних передвижений людей, открытие колл-центров, удобного размещения кабинетов. В итоге уменьшилось время ожидания в регистратуре в 4 раза, длительность начального этапа диспансеризации в 2 раза, период ожидания приема с 25 до 10 мин., а время, потраченное на пациента, возросло в 1,5 раза – с 5-7 мин [4, с. 85]. Так улучшилась работа регистратуры, где время ожидания сократилось в 2 раза, что связано не только с изменением программного обеспечения. Здоровые и больные дети сдают анализы в разных подразделениях, что предотвращает лишние контакты и маршруты. Сохранился прививочный день 1 раз в неделю для профосмотров и прививок. Упростилась запись с портала “Госуслуг” к узким специалистам, где каждый пациент может записаться самостоятельно в нужное время, но остаются нерешенными и ряд вопросов. Так, например, недостаток талонов к узким специалистам и к педиатру. Пациенты с больными детьми приходят без талонов и стоят в общей очереди с теми, кто пришел по времени. Как итог, снова очередь и длительное время ожидания.

Таким образом, применение бережливых технологий может решить основные проблемы организации работы первичного звена здравоохранения и демонстрирует эффективность данного подхода в медицинских учреждениях для оптимизации процессов оказания помощи, а также обеспечивает

повышение эффективности работы персонала, сокращение времени ожидания услуг пациентом, снижение затрат и уменьшение количества ошибок, улучшение командной работы, сокращение продолжительности лечения пациента, повышение удовлетворенности пациентов и персонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Бережливые технологии» как инструмент повышения эффективности здравоохранения (обзор проблем) / Е. Г. Гандурова [и др.] // Дальневосточный государственный медицинский университет. – 2020. – № 5. – с. 90–92.

2. Горбань В.В. Перспективы внедрения принципов бережливой поликлиники в качестве основной стратегии повышения качества первичной медико-санитарной помощи / В. В. Горбань, Л. В. Бурба, О.В. Свистун. – М. : Краснодар: Учебно-методическое пособие, 2018. – 1–44 с.

3. Городкова С. А. Особенности управленческих решений в системе здравоохранения на основе принципов бережливого производства // Экономические науки. – 2019. – Т. 25, № 5. – с. 105–113.

4. Ластовецкий А. Г. Оценка принципов бережливого производства в медицинских учреждениях в перспективе и в настоящем // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – № 4. – с. 83–93.

5. Потапов И. В. Бережливые технологии в медицинской помощи: текущий статус и дальнейшие возможности в России (аналитический обзор) / И. В. Потапов, Д. А. Овчинников, А. О. Конради. // Журнал для непрерывного медицинского образования. – 2020. – Том 6. – № 4. – с. 78–103.

6. Протасова Л. М. Опыт внедрения бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик / Л. М. Протасова, В. Н. Масунов, В. А. Бойков [и др.] // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2019. – № 4 (65). – с. 45–68.

7. Сочкова Л. В., Быкова М. М., Ким А. В., Носырева О. М. Опыт реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника» в поликлинике крупного города // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – 1 № 3(2). – с. 4–11.

**ИНСТРУМЕНТЫ РЕАЛИЗАЦИИ
СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ
В РАЗВИТИИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА**
Свиридова Ирина Валерьевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Необходимость постоянных изменений становится практически базовой потребностью любой системы, организации, общества, отдельной личности. Особенно остро эта потребность проявляется во время разнообразных кризисов (экономических, социальных, политических). Чтобы минимизировать возможные риски, любой системе требуется стратегия развития.

В России в июне 2014 года был принят Федеральный закон № 172-ФЗ «О стратегическом планировании». Закон устанавливает правовые основы стратегического планирования в Российской Федерации, и регулирует отношения, возникающие между участниками стратегического планирования, в процессах целеполагания, прогнозирования, планирования и программирования социально-экономического развития на разных уровнях, в разных отраслях экономики, национальной безопасности, а также контроль и мониторинг реализации стратегии [1].

Сейчас региональный закон «О стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2030 г.» находится в статусе проекта и проходит необходимые процедуры экспертного обсуждения, согласования, утверждения, согласно постановлению Администрации Волгоградской области от 30.12.2015 №821-п.

Генеральной целью развития региона является достижение стабильных лидерских позиций области среди субъектов РФ по качеству жизни и уровню экономического развития. В качестве приоритетов социально-экономического развития Волгоградской области определены, прежде всего: население, социальное обслуживание и здоровый образ жизни, здравоохранение, цифровое развитие и др. То есть, системе здравоохранения и социальному направлению будет уделяться огромное и пристальное внимание.

Поставлены задачи: снижение смертности; развитие детского здравоохранения, ПМСП; увеличение экспорта медицинских услуг; развитие цифрового контура здравоохранения; обеспечение кадрами и т.д. [2].

Пока «Стратегия развития Волгоградской области до 2030 г.» находится в разработке, деятельность регионального здравоохранения регламентируется постановлением Правительства Волгоградской области от 25.11.2013 №666-п «Государственная программа Волгоградской области «Развитие здравоохранения Волгоградской области», рассчитанной до 2024 года. Данной программой определены цели, задачи, 6 подпрограмм, целевые показатели, сроки и этапы реализации государственной программы, объемы и источники финансирования, ожидаемые результаты реализации программы [3].

Промежуточные результаты работы системы здравоохранения Волгоградской области за 2020 год опубликованы в июле 2021 года и находятся в открытом доступе [4].

Фактические расходы региона на реализацию Программы по итогам 2020 года составили 61 774 381,7 тыс. руб. (98,4 % от запланированных), в т.ч. средства федерального бюджета – 9 704 420,0 тыс. руб., областного – 22 059 991,7 тыс. руб., внебюджетных источников – 30 009 970,0 тыс. руб.

В 2020 году в рамках реализации государственной программы всего запланировано 92 целевых показателя, достигнуто из них 63. Не достигнуты значения некоторых целевых показателей по следующим причинам:

- перепрофилирование значительной части медицинских организаций в инфекционные госпитали;
- снижение объемов оказания плановой стационарной помощи;
- увеличение заболеваемости населения и медицинских работников новой коронавирусной инфекцией;
- временная приостановка медицинских осмотров с марта по сентябрь;
- увеличение нагрузки на амбулаторно-поликлиническое звено;
- дефицит медицинских кадров.

В анализируемый период достигнуты целевые показатели 4 подпрограмм:

- «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Формирование эффективной системы организации медицинской помощи»: развитие и оказание высокотехнологичной медицинской

помощи, донорства, паллиативной помощи, выявление социально значимых инфекционных заболеваний, развитие материально-технической базы медицинских организации, в т.ч. ЦАОП, РСЦ, ПСО, детских поликлиник, переподготовка и повышение квалификации медицинских работников, приобретение мобильных комплексов, создание вертолетных площадок и т.д.

- «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в т.ч. в амбулаторной службе»: удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в лекарственных препаратах (региональных льготников – 98,8 %, федеральных – 98,1 %).

- «Повышение эффективности управления и использования ресурсов»: организационное, информационное, методическое обеспечение системы здравоохранения Волгоградской области.

- «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий»: создано еще 12907 автоматизированных рабочих мест; подключено к серверам центрального сегмента РИСЗ ВО – 100 % АРМ.

В целом, системная реализация в 2020 году национальных проектов позволила добиться исполнения целевых показателей. Применение механизмов проектного управления позволило повысить эффективность системы за счет концентрации финансовых, организационных и административных ресурсов в рамках сформулированных приоритетов социально-экономического развития региона, в частности, системы здравоохранения, не смотря на введение ограничительных мероприятий в условиях риска распространения новой коронавирусной инфекции. Эффективность реализации Программы по итогам 2020 года составила 81 % [4].

Условия хозяйственной деятельности во всех отраслях экономики очень быстро меняются. Появляются новые технологии, на основе которых разрабатываются новые товары и услуги. Образуются новые рынки, меняются запросы потребителей и структура спроса. Одновременно внутри системы происходят самопроизвольные процессы, снижающие управляемость. В таких условиях, подготовка комплексных программ социально-экономического развития является приоритетным инструментом обеспечения устойчивого роста и развития системы.

Отсутствие региональной стратегии социально-экономического развития крайне негативно сказывается на отдельных сферах экономики региона. Достижение поставленной генеральной цели возможно только во взаимной увязке всех участников процесса. На наш взгляд, стратегическое планирование, реализация Стратегии, а также инструменты должны каскадом спускаться с федерального уровня [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Косинова Н. Н., Попова М. Ю. Формирование системы стратегического планирования в Волгоградской области // Региональная экономика. Юг России. – 2017. – № 1 (15). – С. 138–147.

2. Проект Стратегии развития Волгоградской области. Режим доступа URL: https://www.economy.gov.ru/material/directions/regionalnoe_razvitie/strategicheskoe_planirovanie_prostranstvennogo_razvitiya/strategii_socialno_ekonomicheskogo_raz

3. Постановление Правительства Волгоградской области от 25.11.2013 № 666-п «Об утверждении государственной программы Волгоградской области «Развитие здравоохранения в Волгоградской области». Режим доступа URL: <http://www.pravo.gov.ru>

4. Результаты деятельности комитета здравоохранения Волгоградской области. Режим доступа URL: <http://oblzdrav.volgograd.ru/current-activity/programs/results/>

5. Косинова Н. Н. Институциональные проблемы стратегического планирования регионов // В сборнике АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ СИСТЕМ. Сборник трудов по материалам III Международной научно-практической конференции. Ставропольский государственный аграрный университет. – 2017. – С. 62–67.

**АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ
В ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Суворова Анна Николаевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Государственно-частное партнёрство является хорошей формой сотрудничества государства и бизнеса и эффективным инструментом для создания и обновления инфраструктуры здравоохранения, отсутствие и неудовлетворительное состояние которой влияет на уровень жизни граждан.

В статье осуществлён анализ ГЧП в сфере здравоохранения как комплексное исследование лучших и худших факторов, которые могут повлиять на результативность развития института ГЧП в модернизации сферы здравоохранения.

В Российской Федерации внедрение модели ГЧП и ее правовое регулирование произошло только в 2013 году: тогда был принят Федеральный закон РФ № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Его основной задачей стало регулирование правовых условий механизма ГЧП в целях привлечения инвестиций в национальную экономику [1].

В общем отрасль здравоохранения сегодня занимает главенствующую позицию по осуществлению ГЧП на региональном уровне. Создаваемые в субъектах Российской Федерации проекты ГЧП в здравоохранении, можно разделить на три группы: 1) инфраструктурные проекты; 2) проекты аутсорсинга; 3) крупные федеральные проекты по реализации социально значимого продукта.

Инфраструктурные проекты. Вследствие проекта 2018 года о вовлечении частных инвестиций в создание инфраструктуры и использование механизмов ГЧП в России, количество проектов ГЧП в отрасли здравоохранения

и санаторно-курортного лечения – 110, размер частных инвестиций на инвестиционном этапе – 110 73 331 642 рублей. Инфраструктурные проекты исполняются двумя способами: либо по причине соглашений о ГЧП, либо на основе концессионных соглашений [3].

Проекты аутсорсинга в сфере российского здравоохранения осуществляет вспомогательный и сравнительно малоквалифицированные функции (приготовление пищи, стирка белья, уборка помещений и др.), что свойственно не только для регионов, но и для столицы.

В качестве примера действенного внедрения аутсорсинга и результата положительных примеров в сфере здравоохранения можно назвать организацию питания в Волгоградской областной клинической больнице № 1.

В медучреждениях региона динамично растет аутсорсинг питания и клининговых услуг. Тестовым проектом стала областная клиническая больница № 1. Аутсорсинг питания разрешил областной больнице значительно сохранить средства, которые тратились на поддержку работы пищеблока и прачечной. При этом качество питания явно улучшилось, что положительно оценили пациенты. В 2016 году 39 из 68 круглосуточных лечебных стационаров региона перевелись на организацию питания по аутсорсингу [2]. Федеральные проекты по реализации социально-значимого продукта. Суть взаимного согласия заключается в том, что государство подписывает с производителем контракт касательно лечения пациентов определенными препаратами в течение отмеченного периода времени или же фиксированного количества приема лекарств. Если лечение не удовлетворило пациента, то производитель лекарственного препарата берет на себя ответственность провести лечение пациента из личных средств [4].

Волгоградская область активно использует механизм ГЧП для проведения социально значимых программ – регион является фаворитом по числу концессионных договоров; с привлечением частных вложений повышаются программы в сферах ЖКХ, создании комфортной городской среды, здравоохранении.

Что касается медицины, то в этой сфере с помощью частных инвесторов за прошедшие пять лет в регионе осуществлены пять проектов на сумму более трех миллиардов рублей. Так, в Волгоградской области создана единственная в ЮФО единая государственная лабораторно-диагностическая

служба – сегодня жители даже самых отдаленных территорий могут бесплатно и без выезда в областной центр пройти исследования крови. С помощью механизма ГЧП уровень диагностики сразу во всех государственных медучреждениях вышел на новый уровень. Кроме того, в рамках ГЧП реализован проект по обновлению автопарка скорой медицинской помощи в Волгограде и Волжском. Частные инвестиции направлены на развитие санаторно-курортного комплекса «Эльтон», использовать механизм ГЧП планируется и при модернизации областного онкологического диспансера и обновления Волгоградской больницы № 25. Также в регионе реализован приоритетный в масштабах ЮФО проект по развитию отечественной фармацевтики – создан уникальный научно-производственный центр Волгоградского государственного медицинского университета.

На основе анализа было выявлено, что сотрудничество государственного и частного сектора здравоохранения позволяет сделать медицинскую помощь более качественной и доступной для большинства граждан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 13.07.2015 N 224-ФЗ
2. Статья «Государственно-частное партнёрство в развитии сферы здравоохранения регионов.» Косинова Н. Н. В сборнике: Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности. Научные материалы 3 Всероссийской научно-практической конференции международным участием. Под редакцией академика РАН В. И. Петрова 2017г.
3. В здравоохранении Волгоградской области внедряются механизмы ГЧП / Электронный ресурс: <http://riac34.ru/news/62771/>
4. Канева, М. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития в Новосибирской области // Региональная экономика: теория и практика. – 2016

**УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМ КАПИТАЛОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:
МЕХАНИЗМЫ, МЕТОДЫ, ИНСТРУМЕНТЫ**
Федосеев Даниил Максимович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Голиков Вячеслав Владимирович*

Социальный капитал как условие обмена опытом и взаимообучения может стать решением проблемы несоответствия медицинского персонала и других сотрудников профессиональному стандарту. Помимо этого, медицинские организации на сегодняшний день испытывают нехватку кадров: существует проблема ухода молодых специалистов из профессии. Организации с высоким уровнем социального капитала, за счёт ресурсов социальной сети, внутриорганизационного доверия, норм и ценностей, способны решать обозначенные проблемы более эффективно. Все перечисленное выше послужило основанием для выбора темы исследования.

Капитал – это ведущий измеритель рыночной стоимости организации. В первую очередь, это относится к собственному капиталу, определяющему объём чистых активов. Так же объём используемого собственного капитала характеризует параметры привлечения заемного капитала, способного приносить побочную прибыль.

В современном мире существует множество определений «социального капитала» при отсутствии единого конвенционального определения. Это объясняется тем, что учёные, которые занимались изучением данного феномена, работали в различных теоретических направлениях. В связи с этим все проведенные исследования социального капитала являются в значительной степени мозаичными и фрагментарными, так как вынуждают исследователя оценивать социальный капитал посредством противоречивых концепций, несводимых к общему подходу. Это объективно затрудняет количественную и качественную оценку влияния социального капитала на жизнедеятельность общества [1].

Управление организацией, основанное на управлении капиталом, даёт возможность объединить организационную структуру и финансово-экономический базис, что позволяет увязать продолжительное во временном интервале стратегическое мышление с оперативными решениями. Система стратегического управленческого учета, которая нацелена на управление капиталом, способствует распространению дисциплины и подотчетности, необходимы для увеличения оборачиваемости капитала и роста стоимости организации. Параллельно могут улучшаться системы информационного обеспечения стратегического управления, так как процесс управления капиталом производится через все организационные уровни организации.

Управление социальным капиталом организации – наиболее сильный инструмент, который имеется у высшего руководства для воздействия на бизнес-стратегию и финансовые результаты. В отличие от других управленческих процессов он вводит в систему дисциплину и подотчетность, необходимые для повышения возврата и ускорения прибыльного роста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Епачинцев, А. О. Социальный капитал в западных и российских социокультурных системах: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.06 / А. О. Епачинцев. – М., 2005.

ПРОБЛЕМЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Шелкова Мария Сергеевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

Проблема стратегического развития организации была актуальна во все времена. Многие ученые изучали закономерности рынка и становление различных компаний прежде, чем были выработаны известные нам постулаты стратегического менеджмента. В современных экономических условиях эффективность деятельности организации напрямую связана с выбранной и скорректированной стратегией. Организации, уделяющие тщательное внимание проблемам стратегии, являются более конкурентоспособными и устойчивыми к изменениям внешнего окружения.

Одной из главных составляющих успеха современных высокодоходных предприятий является эффективное использование стратегического управления. Именно поэтому особую актуальность приобретает проблема формирования стратегии развития предприятия, которая предоставит возможность не только улучшить функционирование самого предприятия, но и стабилизировать экономику страны в целом.

Стратегическое управление или менеджмент зарубежные авторы рассматривают как идеологию менеджмента и бизнеса. Действительно, в определенной мере его можно рассматривать и как научную методологию менеджмента и бизнеса с присущими ей принципами, методами планирования и управления.

В современных экономических условиях эффективность деятельности организации напрямую связана с выбранной и скорректированной стратегией [1]. Организации, уделяющие тщательное внимание проблемам стратегии, являются более конкурентоспособными и устойчивыми к изменениям внешнего окружения.

Разработка стратегии рекламной кампании заключается в разработке общего комплекса рекламных мероприятий, направленного на достижение

целей рекламной кампании. Цели рекламной кампании будут выражаться как в качественном, так и в количественном виде.

Достижениями количественных показателей являются количественные расшифровки тех качественных показателей, которых необходимо достичь. Количественными целями являются доведение знания о медицинском центре до 75% целевой аудитории; повышение продажи услуг до 20 %. Среди качественных целей необходимо выделить формирование потребности к покупке услуги; поддержание имиджа центра как поставщика качественных медицинских услуг; удержание постоянных клиентов от перехода к конкурентам; перевод случайных покупателей в разряд постоянных. Объектом разрабатываемой рекламной кампании являются услуги, реализуемые ООО «Волгамед».

В табл. 1.1 представлена характеристика первичной аудитории рекламного воздействия для ООО «Волгамед».

Таблица 1.1.

Первичная аудитория рекламного воздействия для ООО «Волгамед»

Характеристика	Целевая аудитория
Пол	Мужчины (58%) и женщины (42%)
Возраст	От 29 до 45 лет
Доход	Выше среднего
Занятость	Высокая
Потребительская активность	Высокая
Семейное положение	Женат (замужем)

Источник: сост. авт. по результатам исследования

Выбор средств распространения рекламы напрямую связан с концепцией товара и решениями относительно целевой аудитории рекламного воздействия. Планируемая рекламная кампания является региональной (Волгоград), в связи с этим можно выбрать следующие средства распространения рекламы: реклама в прессе, наружная реклама, реклама в Интернет.

Следующим рекомендацией в целях совершенствования системы стратегического развития ООО «Волгамед» является изменение характера взаимоотношений с покупателями.

Сейчас во многих частных клиниках существуют поощрительные системы для клиентов, которые предусматривают программы лояльности для постоянных клиентов. Дисконтные карты предназначены для того, чтобы улучшить отношения между теми, кто предлагает продукцию и услуги, и клиентом.

Совершенствование маркетинговой деятельности за счет ввода системы лояльности потребителей поможет эффективно отслеживать динамику спроса на те или иные позиции ассортиментного перечня в ООО «Волгамед». Внедрение дисконтной системы позволит очень наглядно отслеживать динамику потребительских предпочтений во всех ее особенностях.

Также в целях совершенствования системы стратегического развития ООО «Волгамед» рекомендуются мероприятия по формированию имиджа медицинского центра.

Некоторые из элементов плана достаточно очевидны – например, осязаемый имидж фирмы, новый логотип, яркий слоган. Однако не менее важны другие факторы, которые часто упускаются из виду. К примеру, разработка слогана медицинского центра. Девиз, который рождается из слогана, служит основой построения плана формирования имиджа.

Таким образом, на основании вышесказанного, в качестве стратегии деятельности ООО «Волгамед» предлагается выбрать функциональную, в рамках которой планируется достижение следующих целей: повышение качества обслуживания; расширение ассортимента услуг; повышение эффективности управления; продвижение услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические указания по проведению анализа финансового состояния организаций: Приказ ФСФО России от 23.01.2001. – № 16. – Режим доступа: www.1-fin.ru/?id=5.3.1.
2. Аакер, Д. Стратегическое рыночное управление [Текст] / Д. Аакер; пер. с англ. под ред. Ю. Н. Каптуревского. – СПб.: Питер, 2018. – 103 с.
3. Абалкин, Л. Выбор стратегии и роль российских предпринимателей [Текст] / Л. Абалкин // Проблемы теории и практики управления. – 2018. – № 5. – С. 8–12.
4. Аганбегян, А. Корпоративные стратегии – прорыв к экономическому росту [Текст] / А. Аганбегян // Для акционеров. – 2017. – № 10. – С. 34–35.
5. Анискин М. И. Стратегический менеджмент [Текст] / М. И. Анискин. – М. : Юнити, 2016. – 280 с.

6. Ансофф, И. Стратегическое управление [Текст] / И. Ансофф; пер. с англ., науч. ред. и авт. предисл. Л. И. Еменко – М. : Экономика, 2016. – 512 с.
7. Басовский, Л. Е. Менеджмент [Текст] / Л.Е. Басовский. – М. : ИНФРА-М, 2018. – 215 с.
8. Баязитов, Т. Стратегия: отдельные аспекты формулировки и применения [Текст] / Т. Баязитов // Управление компанией. – 2019. – №3. – С. 17–18.
9. Беликов, И. Российские компании: выбор стратегии развития [Текст] / И. Беликов // Для акционеров. – 2017. – № 4. – С. 12–14.
10. Бережной, В.И. Управление конкурентоспособностью предприятия [Текст] / В. И. Бережной, Т. С. Прахова, В. А. Фурсов. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2016. – 132 с.

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

УДК 334.78

ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ТВОРЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Голиков Вячеслав Владимирович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Предпринимательством в здравоохранении как правило считают деятельность организаций и частных лиц, направленную на укрепление и улучшение состояния здоровья граждан, при этом позволяющую возместить затраты на осуществление этой деятельности и периодически получать прибыль за счет потребителей медицинских услуг или финансирующих их лечение лиц и организаций [4].

В любой сфере бизнеса основным фактором успешности является креативность, которая доказывает главную роль в процессе субъективно-личностного фактора, творческого потенциала его организаторов, именуемых предпринимателями [3]. В России причиной распространения предпринимательства в здравоохранении стала не «погоня за прибылью» со стороны врачей, а явная неспособность государства удовлетворить потребности людей в лечении в силу как недостаточности ресурсов, так и неспособности эффективно организовать процессы здравоохранения [4].

На данный момент предпринимательство в здравоохранении имеет существенный охват. В этих условиях предприниматели сталкиваются с серьезной конкуренцией. Одним из вариантов продвижения и утверждения на рынке медицинских товаров и услуг является использование творческого потенциала.

Предпринимательское творчество совмещает в себе инновационные идеи, которые непрерывно генерируют и быстрое превращение сгенерированных идей в потребительскую ценность и доходную деловую активность.

Выделяются три уровня творческого потенциала предпринимательской деятельности:

- 1) творческий потенциал отдельного предпринимателя;
- 2) творческий потенциал команды предпринимателей;
- 3) творческий потенциал предпринимательской структуры [5].

Особенность подхода к исследованию вопроса формирования и управления развитием творческого потенциала предпринимательских структур состоит в том, что личность предпринимателя вынесена на один из центральных планов исследования. Именно предприниматель выступает движущей силой запуска организационно-экономического механизма управления развитием творческого потенциала предпринимательской структуры, определяя центральный системообразующий компонент деятельности всего предприятия [1].

Постановка предпринимателем цели представляет собой самостоятельную творческую задачу, поскольку этот процесс подразумевает вдохновение сотрудников на достижение этой цели и перераспределение сотрудников из обособленных единиц в участников творческого процесса, у которых все равно есть самостоятельность и заинтересованность в результате.

Творческий потенциал любого предпринимателя также может выражаться в совокупности личных качеств, способностей и имеющегося опыта, а также в умении интегрировать все это при активизации и осуществлении творческого процесса, ведущего к достижению ранее поставленных целей с самореализацией и саморазвитием.

Также творческий потенциал предпринимателя может формироваться и развиваться в рамках существующей социально-экономической системы открытого типа, представляющей собой совокупность полностью взаимосвязанных элементов, которые способствуют созданию условий функционирования и, в свою очередь, способствуют формированию и развитию творческого потенциала предпринимателя. Такая обусловленность поведения определяется личной мотивацией, а также мотивацией, возникающей за счет влияния факторов внешней среды.

Здесь важным условием эффективности функционирования системы является и ее целенаправленность, когда влияние каждого элемента системы носит неслучайный характер.

Таким образом, можно выделить несколько функций предпринимательства:

1. Общеэкономическая функция определяет уровень развития рыночной экономики и эффективно определяет роль предпринимательских организаций и индивидуальных предпринимателей как полноценных субъектов рынка в структуре общенациональной экономики.

2. Ресурсная функция предполагает эффективное использование воспроизводимых и ограниченных ресурсов, то есть всех материальных и нематериальных факторов производства.

3. Инновационная или творческо-поисковая функция связана не только с использованием новых идей в процессе предпринимательской деятельности, но и с выбором новых средств и факторов для достижения поставленных целей. Данная функция напрямую связана со всеми другими функциями и обусловлена наличием экономической свободы и возможностью принятия управленческих решений всех субъектов экономической деятельности.

4. Социальная функция выражается в возможности каждого дееспособного индивидуума быть собственником дела и с наибольшей отдачей проявлять свои индивидуальные таланты и возможности.

5. Организаторская функция предпринимательства проявляется в принятии предпринимателями самостоятельного решения об организации собственного дела, его диверсификации, во внедрении внутрифирменного предпринимательства, в формировании предпринимательского управления, в создании сложных предпринимательских структур, в изменении стратегии деятельности предпринимательской фирмы. Организаторская функция особенно четко выражается в быстром развитии малого и среднего предпринимательства [2].

Таким образом, основой успешной предпринимательской деятельности в здравоохранении является понимание ее целей, специфики организации, значение личностных качеств субъектов этой деятельности, их творческого потенциала. Практика многих стран доказывает, что инновационная

деятельность достигается креативно ориентированным предпринимательским классом, людьми творческими и независимыми. Роль же государства должна сводиться к повсеместной поддержке креативного предпринимательства, и прежде всего в инновационных сферах экономической деятельности, к которым здравоохранение относится все больше.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малого бизнеса в России стало больше. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vedomosti.ru/management/articles/2017/06/02/692693-malogo-biznesa-bolshe> (дата обращения: 11.10.2021)
2. Предпринимательское право [Текст]: учебное пособие / Т. А. Скворцова, М. Б. Смоленский; под ред. Т. А. Скворцова. – Москва: Юстицинформ, 2014. – 400 с.
3. Статистика предпринимательства. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://naukarus.com/biznes-kak-tvorcheskiy-protsess> (дата обращения: 11.10.2021)
4. Сущность и функции предпринимательства в здравоохранении. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://vmede.org/sait/?page=5&id=Obshezyvennoe_3d_upr_valkov_2009&menu=Obshezyvennoe_3d_upr_valkov_2009 (дата обращения: 13.10.2021)
5. Шубаева В. Г. Творческий потенциал предпринимательской структуры // Креативная экономика. – 2017. – Т. 1. – № 8. – С. 72–80.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ибрагимова Аделина Актасовна

*Россия, Казанский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Морозова Ольга Николаевна*

В современном мире информационные технологии коснулись каждую сферу деятельности. Здравоохранение не стало исключением. Инновации в медицине и фармации касаются каждого из нас. Новые методы диагностики, профилактики и лечения заболеваний развиваются благодаря современным информационным технологиям [1].

В России информационные технологии, их внедрение и разработка получают внимание со стороны вышестоящих органов. Также информационные технологии в медицине развиваются в рамках национального проекта «Здравоохранение». Большинство из целей в нацпроекте здравоохранение продиктованы остротой проблем в обществе, таких как: снижение детской смертности, борьба с онкологией и сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями нервной системы, увеличением средней продолжительности жизни.

Информационные технологии в медицине и здравоохранении в целом, занимаются решением следующих задач:

- ведение учета пациентов;
- дистанционное наблюдение за состоянием пациентов;
- сохранение и обработка результатов диагностических обследований пациентов;
- контроль правильно назначенного лечения.

В настоящее время информационные технологии в системе здравоохранении дают возможность проводить качественное наблюдение за состоянием пациентов. К тому же введение в систему здравоохранения электронных медицинских карт позволяет облегчить работу медицинского персонала. В медицинских картах сохраняется все данные и история болезни пациента и доступна медицинскому персоналу учреждения.

На сегодняшний день внедрение инноваций в медицину требует больших ресурсов. Это и является актуальной проблемой, с которой сталкивается здравоохранение. Нужно закупать дорогостоящее оборудование, находить квалифицированных специалистов, обучать их новым технологиям. Такие препятствия занимают немало времени, иногда месяцы, даже годы.

Конечно же, не все медицинские организации готовы к такой серьезной ответственности, связанной с внедрением инноваций.

Независимо от этого, ситуация в здравоохранении является благоприятной, позволяя учреждениям работать эффективнее и быстрее. Информационных технологии в здравоохранении оказывают положительное влияние на медицинское обслуживание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляков В. К. Инновационные пути здравоохранения // Нац. проекты. – 2008. – N 6. – С. 62–65.

«БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО» В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

Изотова Екатерина Михайловна

*Россия, ФГБОУ ВО РЭУ имени Г. В. Плеханова, Волгоградский филиал
Научный руководитель: кандидат сельскохозяйственных наук,
доцент Савина Светлана Анатольевна*

Тенденции современного мира диктуют необходимость изменений в системе здравоохранения и культурной трансформации каждого из ее представителей. Существенные вызовы для мировой медицины связаны с необходимостью повышения качества и безопасности медицинской помощи, а также внедрения новых технологий.

Подобная ситуация наблюдается и в России. Происходит все большее смещение модели оказания медицинских услуг в сторону, ориентированной на пациента. Основное направление изменений – внедрение инструментов бережливого производства в систему здравоохранения.

Бережливое производство – это концепция управления производственным предприятием, основанная на постоянном стремлении к устранению всех видов потерь. Бережливое производство связано с вовлечением каждого сотрудника в процесс оптимизации бизнеса и максимальной ориентацией на клиента [2].

Впервые система бережливого производства была разработана компанией Тойота, которая вследствие получила название «Toyota Production System». Основной целью данной системы является: во-первых, улучшение процессов за счет устранения всех видов потерь, не представляющих ценность для конечного потребителя; во-вторых, вовлечение в процесс постоянных улучшений всех сотрудников организации.

В 2016 году в России стартовал пилотный проект «Бережливая поликлиника», направленный на безопасность и качество медицинских услуг, что должно позволить оказывать медицинские услуги гораздо большему количеству пациентов при тех ресурсах. В 2019 году данный проект от пилотного перешел к приоритетному: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

В настоящее время в процесс трансформации вовлечено порядка 5594 поликлиники по всей стране. По заявлениям правительства, в планах к 2024 году перевести на бережливое производство более 6,5 тысяч поликлиник во всех 85 регионах России (рисунок 1).



Рис. 1. Реализация федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [1]

Следует отметить, что российский проект «Бережливая поликлиника» не является интерпретацией бережливого производства в медицинском учреждении. В официальных источниках проекта речь идет о внедрении «бережливых технологий». Это означает, что используются лишь некоторые инструменты, которые входят в систему бережливого производства.

В основе проекта – работа с поликлиникой как единой системой с общими подходами к организации оказания медицинских услуг. Необходимым условием для достижения целей проекта является работа по 9 блокам:

- 1) потоки пациентов;
- 2) доступность медицинской помощи;
- 3) эффективность использования оборудования;
- 4) качество помещения;
- 5) стандартизация процессов;
- 6) качество медицинских услуг;
- 7) участие персонала в улучшении процессов;

- 8) развитие системы управления;
- 9) управление запасами.

По последним данным благодаря внедрению системы «Бережливого производства» в России удалось добиться результатов, указанных в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты внедрения методики «Бережливого производства»
в здравоохранении [1]

Показатель	Было	Стало	Результат
Сокращение времени ожидания и очереди у регистратуры	36 мин	9 мин	<i>в 4 раза</i>
Сокращение времени пребывания в поликлинике, за счет сокращения обращения пациентов в регистратуру	108 мин	77 мин	<i>в 1,4 раза</i>
Сокращение времени «дозвона» в регистратуру, Call-центр	12,6 мин	3 мин	<i>в 4,2 раза</i>
Сокращение времени ожидания пациентом приема врача у кабинета	96 мин	12 мин	<i>в 8 раз</i>
Сокращение времени оформления записи на повторный прием к врачу	25 мин	5 мин	<i>в 5 раз</i>
Увеличение времени работы врача непосредственно с пациентами	3 мин	6 мин	<i>в 2 раза</i>

Если рассматривать бережливое производство в частных медицинских учреждениях, то основной его задачей является максимизация прибыли и капитализация за счет эффективности работы персонала и всей организации в целом.

Бережливое производство предполагает разработку процесса, заведомо исключаящего затраты и ненужные действия. Это предупреждение о расходах до того, как они могут произойти. Кроме того, данная концепция может способствовать повышению конкурентоспособности медицинской организации, а, следовательно, привести к увеличению прибыли [3].

Таким образом, внедряя систему бережливого производства, медицинские учреждения могут добиться сокращения всех статей затрат, при этом увеличить доступность и качество оказываемых услуг. Опираясь на полученные результаты, следует отметить, что применение инструментов данной концепции в сфере здравоохранения дает возможность быстрее

принимать решения для устранения возникающих проблем и позволяет предотвращать их появление, а порой и прогнозировать требования потребителей, как следствие оперативно откликаясь на какие – либо новшества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Министерство здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika/materialy-i-prezentatsii/dopolnitelnye-materialy-i-prezentatsii> (Дата обращения 16.10.2021).
2. Черепанова, Ю.О. Организация бережливого производства в здравоохранении / Ю. О. Черепанова. – Текст: электронный // Экономика России в XXI веке. – 2015. – №2. – С. 473–477. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25754179> (Дата обращения 16.10.2021).
3. PwC [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.pwc.ru/ru/publications/lean-health-care.pdf> (Дата обращения 16.10.2021).

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ

Исаков Михаил Ервандович

*Россия, Московский государственный медицинский
стоматологический университет Минздрава России
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Халтурин Роман Александрович*

Сегодня технологические изменения в оказании медицинской помощи зависят не только от наличия научных достижений, но и от решения организационно-технических и социально-экономических задач. Экономические преимущества инноваций заключаются в оптимизации производства, в улучшении координации, логистики, доступности медицинской помощи, в облегчении коммуникации, нахождении новых маркетинговых ходов. Все это в конечном счете увеличивает прибыль и выгодно для экономики.

Повышение качества здравоохранения В.В. Путин назвал задачей приоритетной. [2]. Поэтому необходимо внедрение в российское здравоохранение искусственного интеллекта, роботизация бизнес-процессов, создание глобальных биобанков и т.д. Сегодня мировой рынок инновационных технологий в области здравоохранения переживает взрывной скачок. Так, в соответствии с данными Accenture [3], внедрение искусственного интеллекта и роботизации в медицине США к 2026 будет ежегодно экономить порядка 150 миллиардов долларов. Инновации в здравоохранении зачастую могут заменить человека, например, решать задачи медицинской визуализации, анализа рисков, диагностики состояния здоровья.

В настоящее время экономика здравоохранения России испытывает затруднения не только финансовые, но и сложности стратегического управления системой в целом. Роботизация бизнес-процессов значительно повысит эффективность работы медицинских организаций, качество и доступность предоставляемых услуг, сэкономит временные ресурсы сотрудников, сократив рутинные процессы за счет их автоматизации; ускорится обработка данных, полученных из разных источников. В 2016 г. в России запущен проект «Цифровая экономика», включающий отраслевую программу «Цифровое здравоохранение».

«У Минздрава есть... идея разработать систему поддержки принятия врачебных решений, используя массивы данных в сфере медицины, включая некоторые подходы к использованию искусственного интеллекта. Такая система может помочь поставить более точный диагноз», – сказал в 2017 году Д. Медведев [1].

В целом перспективы инноваций в медицине – это развитие отрасли, развитие здоровой конкуренции, улучшение доступности медицины, снижение затрат. Однако есть и минусы. Попробуем обобщить проблемы инноваций и наметить пути их решения (табл. 1).

Табл. 1

Проблематика внедрения медицинских инноваций и возможные решения

Проблема	Содержание	Возможное решение
Сокращение рабочих мест	Медицинские роботы смогут заменить собой средний медицинский состав уже довольно скоро (акушеры, медсестры и т.д.). значит, увеличится безработица, что негативно скажется на экономике в целом.	Решать проблему можно путем переобучения медперсонала и перераспределения нагрузки (ее уменьшения).
Вопрос рентабельности	Вопрос рентабельности станет ключевым в ходе внедрения нововведений, т.к. в рыночной экономике важна финансовая отдача инновации. На данный момент в РФ мало данных об экономической оправданности инноваций. Только предстоит выяснить, стоит ли соотносить затраты на обучение (с учетом времени), подготовку специалиста с затратами на оснащение медучреждений инновационными технологиями.	Использовать только экономически выгодные технологии, учитывая соотношение времени и материальных ресурсов, которые идут на внедрение инновации. Если гипотетически предположить, что с конвейера выходит готовый робот-врач, то это значительно ускорит процесс обеспечения больниц кадрами. Но тут может возникнуть быстрое перенасыщение, необходимо регулировать потребность и предложение.
Вопрос технических сбоев	Риск ошибки в работе робота, вероятность опасности для жизни человека	Продуманное кадровое и техобслуживание медицинских инновационных технологий. Наличие доступной возможности традиционной медпомощи.
Этические проблемы	Стресс у врачей из-за адаптации к новым условиям деятельности. Исчезновение «живого» контакта между врачом и пациентом. [5] Неопределенность ответственности за ошибки помощи мед. роботов[4]	Специальные антистрессовые адаптационные программы для медперсонала и пациентов, продуманная юридическая поддержка нововведений.

Проблема	Содержание	Возможное решение
Проблема «заморозки» проектов до «лучших времен»	С началом эпидемии коронавируса становится все меньше информации о роботизации в медицине. Звучит как парадокс. Но можно предположить, что в условиях чрезвычайных ситуаций, сообщество концентрирует свое внимание на более «реальных» аспектах, ведь перспектива роботизации далека, а экстенсивный рост кажется более важным и простым решением.	Необходимо обеспечить плановый и поэтапный (или частичный, в тестовом режиме) переход в каждом регионе, анализ временных и финансовых возможностей учреждения. Ряд текущих задач, связанных с пандемией, можно также решать с помощью инноваций.
Усложнение системы	Чрезмерное усложнение системы – когда специалисты, обслуживающие медроботов, некоторое время адаптируются к новым технологиям. Контролировать действия и процессы в больнице еще сложнее. Еще труднее станет обеспечить надлежащими базами данных всю технику, ведь с каждым опытом и новым открытием она будет усложняться.	Еще раз взвесить все риски, проанализировать затратность и необходимость роботизации в конкретном учреждении, действовать постепенно либо отказаться от нововведений до появления надлежащих условий и квалифицированных специалистов, если инновации усложняют и нарушают процесс оказания медицинской помощи.

В здравоохранении, как в целом и во всей экономике, сейчас наступил болезненный кризис. Однако он лишь частично влияет на развитие современных технологий, роботизацию бизнес-процессов, внедрение искусственного интеллекта в медучреждениях. Есть данные, что максимальный потенциал автоматизации медицины в России будет около 36 % [6]. В каких-то отраслях медицины он будет больше, где-то меньше. Считается, что в стоматологии он будет минимальным, в хирургии наибольшим. Но полной замены врача не произойдет. Робот и компьютер – это помощники, которые помогают справляться с лечением пациента. Надо разрабатывать стандарты качества, чтобы их отсутствие не способствовало созданию рыночной ниши для компаний, предлагающих псевдоискусственный интеллект или псевдотелемедицинские решения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 13 декабря 2017 [Электронный ресурс] URL:<http://government.ru/news/30568/> (Дата обращения: 14.10.21).
2. Роботизация как способ экономического выживания. Forbes.ru. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.forbes.ru/finansy-i-investicii/340091-robotizaciya-kak-sposob-ekonomicheskogo-vyzhivaniya> (Дата обращения: 12.10.21).
3. Путин назвал приоритетные задачи государства. ria.ru. [Электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru/20180507/1520026129.html> (Дата обращения: 12.10.21).
4. Вдохновляя на перемены.assenture.com [Электронный ресурс]. URL: <https://www.accenture.com/ru-ru> (Дата обращения: 14.10.21).
5. Цифровизация и роботизация в медицине.do.rsmu.ru. [Электронный ресурс]. URL: http://do.rsmu.ru/fileadmin/user_upload/lf/eHealth_EV.pdf (Дата обращения: 13.10.21).
6. Healthcare&Life Sciences.saltsforce.com. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.salesforce.com/eu/solutions/industries/healthcare/overview/> (Дата обращения: 13.10.21).
7. Роботы против врачей. tsargrad.tv.[Электронный ресурс]. URL: https://tsargrad.tv/articles/roboty-protiv-vrachej-komu-stoit-opasatsja-za-budushhee_72226 (Дата обращения: 15.10.21).

АНАЛИЗ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Кандыба Софья Константиновна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Инновации в медицине имеют большое значение для всего человечества в целом. Это связано с тем, что новые технологии не только способствуют увеличению продолжительности жизни в целом, но и значительно улучшают ее качество [1].

В контексте отдельно взятого медицинского учреждения инновационный потенциал понимается как способность организации реализовывать деятельность, целью которой является разработка и применение нововведений. Элементами инновационного потенциала медицинской организации являются:

- потенциал медицинского персонала в нововведениях;
- современное инновационное оборудование;
- инновационность используемых в практике технологий.

На данный момент конкурентное преимущество имеет та организация, в которой развиваются инновационные идеи. Так же, стоит отметить и тот факт, что нововведения имеют значительное влияние на возможность экономического роста организации. То есть, сегодня инновационный потенциал учреждения здравоохранения является базой для его будущего развития.

Сам инновационный потенциал должен состоять из конкретных последовательных шагов:

- возникновение идеи;
- научное исследование идеи;
- разработка инновационной технологии;
- внедрение новой технологии в практическую медицину.

К сожалению, развитию инновационного потенциала в медицинских учреждениях препятствует ряд факторов, а именно:

- недостаточность или отсутствие собственных средств организации;
- чрезмерно высокая стоимость инноваций;

- недостаточное финансирование государства в развитие новых технологий;

- низкая платежеспособность населения, вследствие чего низкий спрос на инновационные услуги;

- долгосрочная окупаемость новой технологии;

- отсутствие требуемого количества высококвалифицированных кадров;

- недостаточность нормативно-правовых актов, направленных на стимулирование инновационной деятельности и ее регулирование.

Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод о том, что инновационный потенциал медицинского учреждения играет главную роль в ее развитии. Следовательно, организации необходимо провести его анализ для выявления и проработки слабых мест.

Для получения полной картины необходимо провести анализ как внутренней, так и внешней среды [2].

Изучение внешней среды важно не только при оценивании инновационного потенциала медицинского учреждения, но и для анализа эффективности его деятельности в целом.

Анализ внешней среды можно провести по сравнительной таблице «Сравнительный анализ показателей факторов внешней среды в ряде городов и в России в целом» [2]. В таблице рассматриваются следующие факторы:

1. Численность населения на конец года;
2. Коэффициент миграционного прироста;
3. Общие коэффициенты рождаемости;
4. Численность врачей всех специальностей на конец года;
5. Численность врачей на N-ное количество человек;
6. Численность населения на одного работника среднего медицинского персонала;
7. Число больничных коек на N-ное количество человек населения;
8. Уровень заболеваемости;
9. Среднедушевые денежные доходы населения в месяц;
10. Число организаций, занимающихся научными разработками;
11. Инновационная активность организации.

Следует отметить то, что расположение медицинской организации и ее внешняя среда играют важную роль в повышении инновационного потенциала.

Внутренняя среда оценивается с помощью двух таблиц. Первая таблица называется «Анализ элементов инновационного потенциала медицинской организации» [2]. В данной таблице рассматриваются следующие элементы:

1. Материально-технические ресурсы;
2. Финансовые ресурсы;
3. Организационные ресурсы;
4. Кадровые ресурсы;
5. Социально-психологические факторы.

Вторая таблица имеет название «Совокупная оценка инновационного потенциала» и включает в себя такие показатели, как [2]:

1. Научно-технический потенциал;
2. Показатели коммерциализации;
3. Продолжительность выполняемых работ;
4. Характеристика инновационности управляющей системы;
5. Совокупная оценка инновационного потенциала.

Таким образом, можно сделать следующее заключение. Новые технологии в медицине играют важную роль в улучшении качества жизни всего человечества. Для отдельно взятой медицинской организации инновации несут в себе конкурентное преимущество на рынке.

Однако, существует ряд внешних и внутренних факторов, препятствующих развитию инновационного потенциала медицинского учреждения. Для выявления возможных рисков и проведения работы над ними организации необходимо произвести анализ своего инновационного потенциала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тер-Акопов Г. Н., Косинова Н. Н., Князев С. А. Innovation management in the development of regional healthcare // *Advances in Economics, Business and Management Research*. – 2019. – № 83. – С. 179–183.
2. Козлов В. А., Полякова Б. А., Мушникова Д. Л., Стойловский М. И., Дрожжин Д. В. Инновационный потенциал медицинской организации как часть ее экономической политики // *Research'n Practical Medicine Journal*. – 2019. – № 3. – С. 138–145.

АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Китаева Анастасия Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Инновационный потенциал, несомненно, определяет конкурентоспособность системы здравоохранения любой страны [4]. На сегодня вместе с активной цифровизацией системы здравоохранения и системы подготовки врачебных кадров остро стоит проблема внедрения инновационных технологий в региональном здравоохранении, в субъектах Российской Федерации (РФ), глобальное решение которой позволило бы не только увеличить производительность труда медицинских работников в целом, но и нарастить потенциал нации, а также выйти на один уровень развития с более конкурентоспособными системами здравоохранения других стран [1, 2, 3]. В течение последних лет в РФ поэтапно осуществляется комплекс мер, направленных на улучшение демографической ситуации в стране, которая зависит как от качества жизни населения, так и от качества предоставляемой медицинской помощи [1, 4]. В числе мер по решению указанных проблем проводится активная инвестиционная политика в области внедрения новых высокотехнологичных методов лечения и оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Примером тому является национальный проект «Здравоохранение», программа которого предусматривает снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей). Также проект предусматривает: ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; оптимизацию работы медицинских организаций, оказывающих

первичную медико-санитарную помощь; увеличение объёма экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом. До 2024 года в нацпроекте запланировано строительство двух онкологических диспансеров и пяти онкологических корпусов в том числе, и в Волгоградской области. Планируется замена материально-технических баз более 600 сосудистых центров страны, создание около 1,5 тысяч новых фельдшерско-акушерских пунктов и 1,3 тысячи медицинских выездных комплексов, включая и развитие санитарной авиации. Так, в рамках нацпроекта планируется построить почти 80 вертолетных площадок для развития санитарной авиации. Действительно, результат работы мы можем ощутить уже сегодня. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений и внедрение современных информационных систем в здравоохранение, а также внедрение стандартов оказания медицинской помощи это и есть прямой путь к повышению конкурентоспособности системы здравоохранения страны.

Рассмотрим, каким же образом внедрение инновационных технологий позволит улучшить уровень современного российского здравоохранения в соответствии со стратегиями развития.

Несомненно, ежегодная диспансеризация населения и своевременная система реабилитации у пациентов любого профиля являются неотъемлемым компонентом в повышении результативности медико-технических проектов в области здравоохранения, направленных на: раннюю диагностику заболеваний и их эффективное лечение, а также, своевременный возврат к трудоспособности.

В то же время, в России уделяется все большее внимание диспансеризации населения. В России основа профилактического направления в системе отечественного здравоохранения была заложена с момента ее создания. «Профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация – метод решения профилактических задач» (из выступлений Н. А. Семашко – первого наркома российского (советского) здравоохранения [4]). И хотя в те годы приоритеты в охране здоровья граждан были иными, превентивная направленность деятельности всей системы здравоохранения была весьма отчетлива. Внедрение в реальную практику детальной и полной программы диспансеризации населения, принятой в 1986 г., оказалась затратным,

организационно сложным, затрудняющим текущую организацию работы поликлиник и недостаточно эффективным мероприятием. На регулярной основе диспансеризация возобновилась с 2006 года и была организована по принципу дополнительной диспансеризации в отношении работающего населения. Благодаря внедрению сложных клиничко-лабораторных методов выявления онкологических заболеваний, которые стали общедоступными и применимыми в рамках диспансеризации, уже сегодня мы можем говорить о повышении процента обнаружения онкологических заболеваний на ранних стадиях, а также повышении процента выявления факторов риска их развития, что явилось залогом своевременно начатого лечения.

Рассмотрим на примере хирургических технологий: каким образом внедрение инноваций позволит улучшить уровень современного российского здравоохранения в соответствии с принятыми медико-техническими проектами, а именно повысить эффективность лечения и добиться ранней активизации послеоперационных больных? Например, роботизированный комплекс da Vinci (США) из-за своей универсальности используется практически во всех смежных хирургических специальностях. Благодаря прецизионности движений, совершенной визуализации и технологии робототехники, обеспечивается высокотехнологичное малоинвазивное хирургическое вмешательство с минимальным послеоперационным периодом реабилитации. Первые комплексы внедрены в 2001 году, в клиниках США, а уже сейчас в мире, в общей сложности, насчитывается уже около 1000 таких роботов (в России 25 таких комплексов). Среди преимуществ хирурги также отмечают снижение интраоперационной кровопотери, отсутствие конверсий на лапаротомные вмешательства и, как следствие, минимальное количество осложнений. С внедрением робот-ассистированной техники в областных центрах клиники получают возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи, снижение процента радикальных вмешательств и послеоперационных осложнений, а пациенты – ускоренный период реабилитации и сокращение пребывания в стационаре. В свою очередь, государство имеет ранний возврат гражданина к трудовой деятельности.

Таким образом, можно смело утверждать, что в ближайшее десятилетие конкурентоспособность системы здравоохранения РФ будет только нарастать. Внедрение новых технологий, инновационных проектов в рамках

реализации национальных проектов позволит выйти на новый уровень оказания медицинской помощи населению, добиться своевременной рутинной диагностики большинства заболеваний, а также повысить эффективность их лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Косинова Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения российских регионов // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. – 2020. – С. 107–111.
2. Аветисян А. Л., Косинова Н. Н. Анализ использования государственно-частного партнерства в развитии здравоохранения Российской Федерации // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. – 2020. – С. 16–20.
3. Зиганшина З. Р. Инновационная модель управления общественным здоровьем // Инновационная экономика и менеджмент: Методы и технологии. – 2018. – С. 522–525.
4. Косинова Н. Н. Управление инновациями как определяющий признак системы стратегического управления предприятиями // Экономика развития региона: проблемы, поиски, перспективы. – 2008. – №. 9. – С. 554–563.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В СИСТЕМЕ ВЫДАЧИ ЛЬГОТНЫХ РЕЦЕПТОВ ПАЦИЕНТАМ

Маклаков Кирилл Игоревич

*Россия, Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А. И. Евдокимова Минздрава России
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Халтурин Роман Александрович*

В научной литературе используется множество подходов к определению понятия «инновация». Согласно одному из определений, инновация – это внедрение новых идей, процессов, продуктов или процедур в соответствующей области, приносящее существенную пользу для отдельной личности, группы людей или общества в целом [1]. В соответствии с этим определением, инновации в здравоохранении обычно представляют собой новые медицинские услуги, способы лечения или новые медицинские технологии. Инновации нужны повсеместно, даже процесс получения медицинской услуги требует внедрения новых идей.

В современном мире, сотовый телефон есть у подавляющего большинства россиян. Проведенный среди жителей России специальный опрос ВЦИОМ позволил сделать вывод о том, что таковых в нашей стране уже 92%. [2] Данной категории населения, естественно, удобно пользоваться порталом «Госуслуг», производить самозапись к участковому врачу, получать сертификаты о вакцинации и оперировать огромным количеством других услуг. У тех, кто имеет смартфоны, часто возникают проблемы с применением данных инноваций, особенно, многие проблемы вышли на поверхность в условиях пандемии. Так, например, чтобы вызвать врача на дом или зарегистрироваться после прибытия из-за границы гражданам нужно было ожидать около суток. Поскольку важнейшей целью внедрения инноваций в системе здравоохранения является повышение ее эффективности, неизбежно встает вопрос об измерении влияния инноваций на качество медицинской помощи.

В некоторых случаях, например, если у человека есть инвалидность, бронхиальная астма, сахарный диабет, гепатит С или какое-то редкое генетическое заболевание, он может получать лекарства за счет государства.

Бесплатные препараты также предусмотрены для всех детей до трех лет и детей из многодетных семей до шести лет. Весь список медикаментов, в том числе назначающихся по решению комиссии специалистов медучреждения определяется в соответствии с распоряжением Правительства РФ № 2724-р от 26.12.2015 года. [3] Но добиться этого бывает не так просто. Пациент при постановке диагноза получает рекомендации от врача-специалиста, который может выписать пациенту лекарства из перечня тех, что тот может получить за счет государства. Состояние пациента стабильно, жалоб нет. Но данному человеку на протяжении всего периода болезни ежемесячно приходится посещать поликлиническое отделение и своего врача-специалиста, к которому очень трудно попасть из-за отсутствия талонов, только для того, чтобы выписать рецепт на жизненно важный препарат. Пожилой человек или инвалид затрачивает на это огромное количество временных и жизненных ресурсов. Инновации нужны не только в медицинских услугах, но и услугах, сопровождающие их. По данным Минтруда и расчетам Росстата численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, а это всего лишь малая часть всех тех, кто имеет право на получение медикаментов по льготному рецепту на 2020 год насчитывается 559 тысяч человек, из них 242 тысячи человек – трудоспособные инвалиды, для которых ежемесячное посещение поликлинических отделений вообще является невозможным [4].

Представим себе, что пациент из категории «пожилые люди и инвалиды» сможет сам себе на портале «Госуслуг» выписать лекарство, также раз в месяц, ведь оно назначено врачом на постоянной основе. Огромная экономия сил и средств пациента и врача, поскольку специалист, время, затраченное на выписку рецепта, потратит на тяжелого больного. Сокращение бумажной работы – вот инновации будущего. Стоит отметить, что инновация – это внедренное новшество, обеспечивающее качественный рост эффективности процессов или продукции, востребованное рынком, а в нашем случае говорить о качественном росте эффективности процессов даже не стоит, все «на лицо». Необходимо запустить дополнительную услугу «Получение рецепта на дому». Но здесь есть множество нюансов. Получить услугу сможет только тот, кому лекарственный препарат назначен на постоянной основе. В 2020 году количество зарегистрированных

пользователей на портале Госуслуг увеличилось на 12 млн. человек и превысило 78 млн. граждан. Это почти 2/3 всех граждан старше 14 лет. За прошлый год количество граждан, которые воспользовались сервисами единого портала, увеличилось почти вдвое – до 56 млн человек [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барсукова М. А., Боркова Е. А., Ватлина Л. В. Управление экономической устойчивостью в условиях инновационного развития // Известия СПбГЭУ. – 2019. – № 2. – С. 81–88.
2. Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ). – Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://wciom.ru/> (Дата обращения 12.10.2021).
3. Распоряжение Правительства РФ от 23 ноября 2020 г. № 3073-р «О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)». – Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (Дата обращения 12.10.2021).
4. Боркова Е. А., Наполова Е. А., Орлов Е. Р. Проблемы развития и внедрения инноваций в здравоохранении в России // Креативная экономика. – 2019. – Т. 13. – № 7. – С. 1409–1501.
5. Эффективность экономики России: Федеральная служба государственной статистики. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/> (Дата обращения 12.10.2021).

ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2014–2021 ГОДАХ

Мартынова Арина Олеговна, Коваленко Ирина Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Евстратов Александр Владимирович*

Аннотация. На основе анализа данных в 2014–2021 годов сделаны выводы о соотношении структурных параметров развития российского фармрынка. В результате проведенного анализа выявлено, что в структуре фармрынка за исследуемый период не произошло сильных изменений и отмечается сохранение ранее сформировавшихся тенденций. В качестве основных структурных параметров были рассмотрены рецептурные и безрецептурные лекарственные средства, а также импортные и локализованные.

Ключевые слова: российский фармрынок, рецептурные и безрецептурные лекарственные средства, импортные и локализованные лекарственные средства, дженерики.

Среди исследователей, которые занимались изучением вопросов основных тенденций развития российского фармрынка, необходимо выделить следующих: Арефкина О. А. [1], Дмитриев А. С. [2], Зипунникова А. А. [5], Мехедова Н. Ю. [6], Морозова А. О. [7], Назарова А. А. [8] и др.

При оценке изменения структурных параметров фармрынка за исследуемый период, можно отметить, что в натуральном выражении подавляющая доля проданных лекарственных препаратов (ЛП) приходится на локализованные ЛП, удельный вес которых возрос до 24,1%. При этом, в стоимостном выражении на долю локализованных ЛП к октябрю 2020 года стало приходиться лишь 47,6 % от общего объема продаж, что несколько выше уровня 2019 года. [1]

Оценка в разрезе порядка отпуска ЛП показала, что в объеме проданных упаковок подавляющая доля приходится на безрецептурные препараты, хотя и отмечается снижение их удельного веса с 68 % до 65,8 %, в то время как доля рецептурных ЛП увеличилась до 34,2 %. [2]

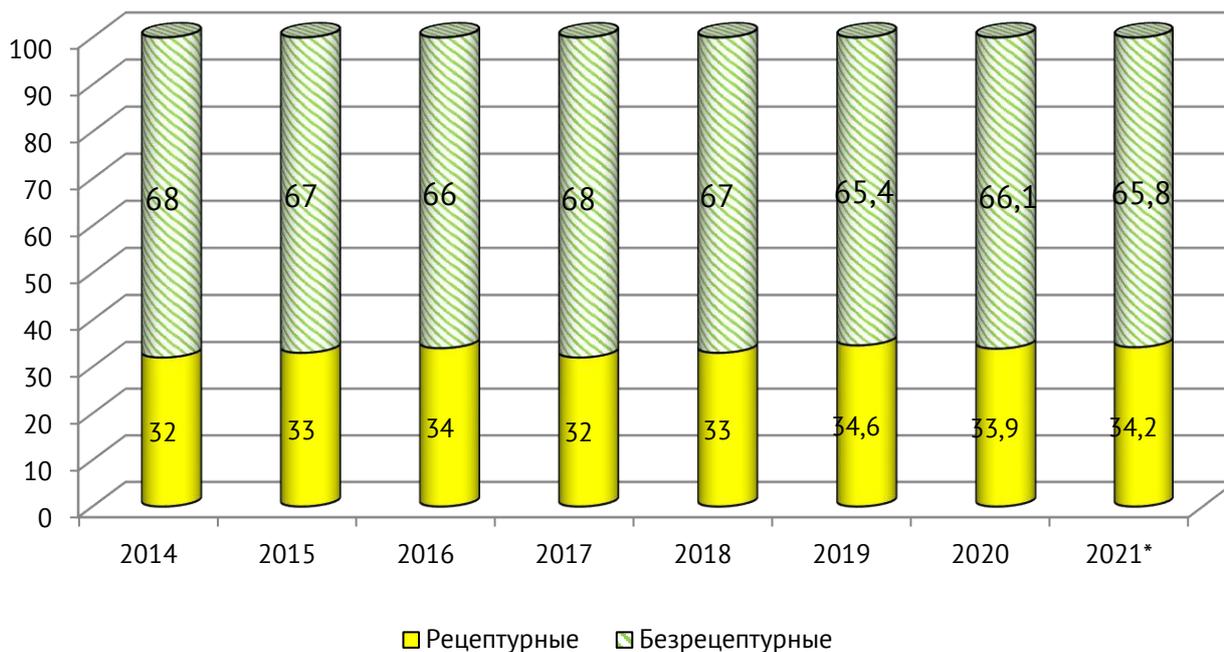


Рис.1. Соотношение рецептурных и безрецептурных ЛС (в натуральном выражении) на российском фармрынке.

В стоимостном выражении на безрецептурные препараты в октябре 2021 года стало приходиться чуть более 50,9%, что несколько ниже уровня предыдущего года. [3]

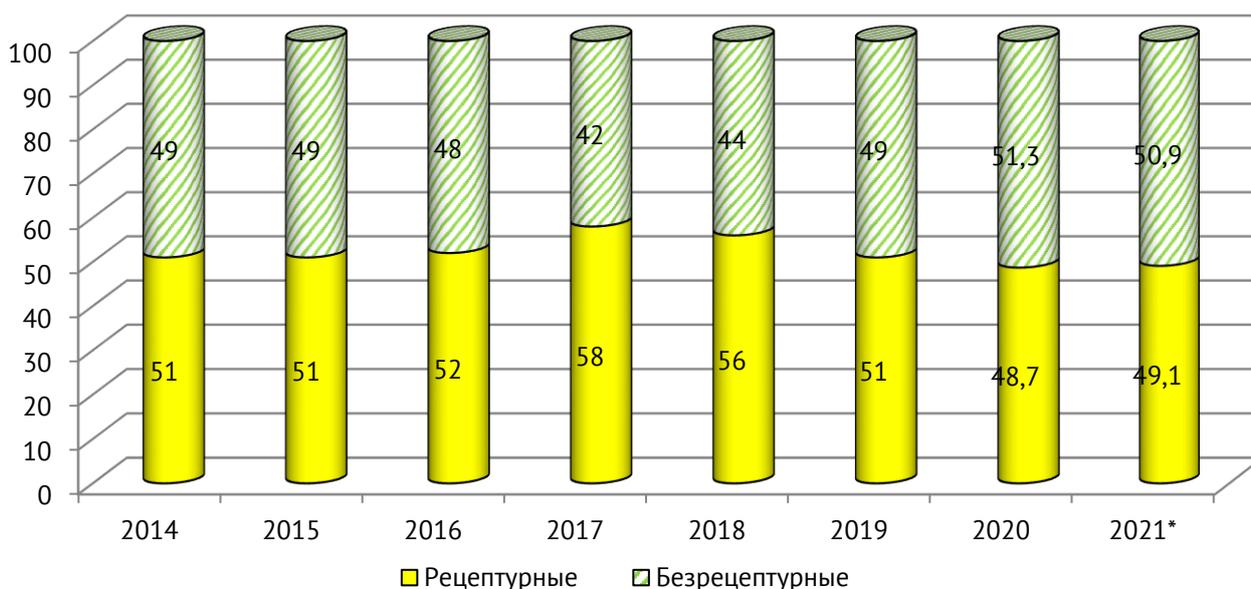


Рис.2. Соотношение рецептурных и безрецептурных ЛС (в стоимостном выражении) на российском фармрынке.

Следовательно, основу коммерческого сегмента фармацевтического рынка РФ составляют безрецептурные ЛП, что связано с отсутствием ограничений при их приобретении. [4] Удельный вес рецептурных препаратов является невысоким в натуральном объеме, при том, что в стоимостном объеме на их долю приходится чуть менее половины, что обусловлено их более высокой стоимостью по сравнению с безрецептурными ЛП. [5]

Также одним из важных критериев оценки является изучение ситуации в контексте оригинальности ЛП. В результате, установлено, что удельный вес оригинальных ЛП как в натуральном, так и в стоимостном объеме является наименьшим, а основу всех продаж составляют дженериковые ЛП. [6] Так, в общем объеме проданных упаковок на дженериковые ЛП приходится более 80 % как в 2019, так и в 2020 году, в то время как на оригинальные – лишь чуть более 16 %. В стоимостном выражении, доля дженериковых ЛП в общем объеме продаж составляет более 60 % и имеет тенденцию к росту, в то время как удельный вес оригинальных снизился с 38 % до 37 % к октябрю 2020 года. [7]

Таким образом, в результате проведенного анализа основных структурных параметров развития фармацевтического рынка Российской Федерации в 2014–2021 годах, авторами выявлено, что за исследуемый период на фармацевтическом рынке России произошёл ряд изменений, во многом обусловленных влиянием пандемии коронавируса на развитие отрасли. Так, по-прежнему, стоимостную основу продаж составляют импортные дженерики, отпускаемые по рецепту, что обусловлено их более низкой стоимостью по сравнению с аналогичными оригинальными импортными препаратами. [8]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арефкина, О. А. Специфика формирования и развития аптечных сетей на российском фармацевтическом рынке [Текст] / О. А. Арефкина // Эксперт: теория и практика. – 2019. – № 2 (2). – С. 16–18.

2. Евстратов, А. В. О формировании экспортной ориентации на российском фармацевтическом рынке [Текст] / А. В. Евстратов, А. С. Дмитриев // Российский внешнеэкономический вестник. – 2020. – № 7. – С. 25–35.

3. Евстратов, А. В. Формирование структуры аптечного сегмента на фармацевтическом рынке Российской Федерации / А. В. Евстратов, М. Н. Казьмин, К. Н. Казьмин // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2018. – № 1 (211). – С. 55–59.

4. Евстратов, А. В. Основные направления деятельности субъектов фармацевтического рынка Российской Федерации / А. В. Евстратов, В. С. Игнатъева // Экономика: теория и практика. – 2016. – № 1 (41). – С. 35–40.

5. Зипунникова, А. А. Отраслевая специфика слияний и поглощений фармацевтическом рынке России [Текст] / А. А. Зипунникова О. А. Арепкина // Актуальные проблемы и тенденции развития современной экономики: сборник материалов международной научно-практической конференции (г. Самара, 16-17 ноября 2020 г.) / Под общей редакцией И. В. Косяковой. – Самара, 2020.

6. Мехедова, Н.Ю. Анализ структуры фармацевтического рынка Российской Федерации [Текст] / Н.Ю. Мехедова // Наука XXI века: актуальные направления развития. – 2017. – № 1-2. – С. 224–226.

7. Морозова, А. О. Формирование и развитие дистрибьюторского сегмента на фармацевтическом рынке Российской Федерации [Текст] / А. О. Морозова // Эксперт: теория и практика. – 2019. – № 1 (1). – С. 25–28.

8. Назарова, А. А. Структура фармацевтического рынка и уровень концентрации его участников [Текст] / А. А. Назарова, О. Н. Пушкарев // Наука XXI века: актуальные направления развития. – 2019. – № 1-1. – С. 338–341.

**ОЦЕНКА ВКЛАДА БИЗНЕСА
В РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИКИ РЕГИОНОВ РОССИИ
ЧЕРЕЗ «ЗЕЛЕННЫЕ» ИНВЕСТИЦИИ И ИННОВАЦИИ**
Ситникова Светлана Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Abstract. The purpose of this paper is to determine the contribution of business to the development of the region's economy through green investment and innovation on the example of Russian regions, as well as to identify prospects for improving the quality of life and improving the socio-economic situation of the region by increasing green investment and business innovation. The regression analysis method is used to determine the dependence of the socio-economic situation and quality of life on the factors of green innovation and investment.

Keywords. Green investment, innovation, business economics, economic development of the region.

Аннотация. Цель этой работы состоит в определении вклада бизнеса в развитие экономики региона через «зеленые» инвестиции и инновации на примере регионов России, а также в выявлении перспектив повышения качества жизни и улучшения социально-экономического положения региона за счет наращивания «зеленых» инвестиций и инноваций бизнеса. Используется метод регрессионного анализа, с помощью которого определяется зависимость социально-экономического положения и качества жизни от факторов «зеленых» инноваций и инвестиций.

Ключевые слова: «Зеленые» инвестиции, инновации, экономика бизнеса, развитие экономики региона.

Введение. Новая концепция экономики бизнеса, формирующаяся под воздействием повестки дня в области устойчивого развития, диктует необходимость разработки и реализации регионами России стратегий перехода к климатически-нейтральной, экологически-безопасной, ресурсоэффективной экономике. Но одних только усилий региональных органов государственной власти недостаточно – требуется поддержка бизнеса

через размещение «зеленых» инвестиций и внедрение «зеленых» инноваций в регионе.

Материалы и методы. «Зеленые» инвестиции и инновации бизнеса достаточно широко рассмотрены в имеющейся научной литературе [1], однако практические аспекты вклада бизнеса в развитие экономики региона через вложения в экологически чистые и ресурсосберегающие технологии являются малоизученными и нуждаются в дальнейшей углубленной проработке.

В исследовании выдвигается гипотеза о том, что вклад бизнеса в развитие экономики регионов России через «зеленые» инвестиции и инновации является фрагментарным и мелкомасштабным, но существуют значительные перспективы его увеличения. Для проведения исследования сформирована выборка из регионов России с разным вкладом бизнеса в развитие «зеленой» экономики по критерию промышленно-экологического индекса в 2021 г. (по итогам 2020 г.). Выбраны 4 региона со значительным вкладом (от 65 до 100 баллов), 4 региона с умеренным вкладом (от 40 до 64 баллов) и 4 региона с малым вкладом (от 0 до 39 баллов) [2].

Для проверки выдвинутой гипотезы используется метод регрессионного анализа, с помощью которого определяется зависимость социально-экономического положения и качества жизни от факторов «зеленых» инноваций и инвестиций. Согласно статистике, среди «зеленых» инвестиций и инноваций в регионах России наиболее распространены сокращение материальных затрат на производство единицы продукции (в среднем: 17,35 %), сокращение энергозатрат на производство единицы продукции (60,33 %) и снижение загрязнения окружающей среды (56,69 %). [3]

Результаты и обсуждение. Вклад бизнеса в развитие экономики региона через «зеленые» инвестиции и инновации на примере регионов России отражают две регрессионные модели, полученные на основе статистических данных.

Согласно первой модели, социально-экономическое положение регионов России зависит только от трех факторов «зеленых» инвестиций и инноваций бизнеса. Множественная регрессия умеренная: 76,59 %. При увеличении доли бизнес-структур, снижающих загрязнение окружающей среды, на 1% социально-экономическое положение регионов улучшается на 0,55

балла. При увеличении доли бизнес-структур, осуществляющих вторичную переработку отходов производства, воды или материалов, на 1 % социально-экономическое положение регионов улучшается на 0,08 балла. При увеличении доли бизнес-структур, сокращающих и воспроизводство используемых сельским хозяйством природных ресурсов, на 1 % социально-экономическое положение регионов улучшается на 0,04 балла.

Согласно второй полученной модели, качество жизни в регионах России зависит только от двух факторов «зеленых» инвестиций и инноваций бизнеса. Множественная регрессия умеренная: 68,69 %. При увеличении доли бизнес-структур, снижающих загрязнение окружающей среды, на 1 % качество жизни в регионах улучшается на 0,32 балла. При увеличении доли бизнес-структур, осуществляющих вторичную переработку отходов производства, воды или материалов, на 1 % качество жизни в регионах улучшается на 0,06 балла.

Для выявления перспектив повышения качества жизни и улучшения социально-экономического положения региона за счет наращивания «зеленых» инвестиций и инноваций бизнеса в полученные модели подставлены максимальные из возможных значений отобранных факторных переменных (при неизменных значениях остальных переменных).

При максимально высоком уровне отобранных «зеленых» инвестиций и инноваций в регионах России – при увеличении доли бизнес-структур, снижающих загрязнение окружающей среды, на 76,39; доли бизнес-структур, осуществляющих вторичную переработку отходов производства, воды или материалов, на 139,33 %; доли бизнес-структур, сокращающих и воспроизводство используемых сельским хозяйством природных ресурсов, на 305,27 % – социально-экономическое положение регионов повышается с 32,94 балла до 64,97 баллов, то есть на 97,23 %. Качество жизни при этом возрастает с 42,29 баллов до 54,82 баллов, то есть на 29,63 %.

Вывод. Итак, результаты проведенного исследования подтвердили выдвинутую гипотезу. Вклад бизнеса в развитие экономики региона в России фрагментарный – он ограничивается тремя (из рассмотренных семи) направлениями осуществления «зеленых» инвестиций и инноваций:

- 1) снижение загрязнения окружающей среды;
- 2) вторичная переработка отходов производства, воды или материалов;

3) сокращение и воспроизводство используемых сельским хозяйством природных ресурсов.

Незначимыми для экономики региона оказались такие направления осуществления «зеленых» инвестиций и инноваций, как сокращение материальных затрат на производство единицы продукции; сокращение энергозатрат на производство единицы продукции; сокращение выбросов в атмосферу диоксида углерода; замена сырья и материалов на безопасные или менее опасные. Незначимые направления более активно реализуются (в среднем оцениваются в 43,31 балл), чем значимые (в среднем 41,05 балла) для экономики региона направления осуществления «зеленых» инвестиций и инноваций.

В перспективе за счет наращивания «зеленых» инвестиций и инноваций бизнеса социально-экономическое положение регионов России может быть повышено на 97,23 % и качество жизни – на 29,63 % за счет реализации авторских рекомендаций, которые включают в себя: увеличение доли бизнес-структур, снижающих загрязнение окружающей среды, на 76,39; доли бизнес-структур, осуществляющих вторичную переработку отходов производства, воды или материалов, на 139,33 %; доли бизнес-структур, сокращающих и воспроизводство используемых сельским хозяйством природных ресурсов, на 305,27 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Braga, J. P., Semmler, W., Grass, D. (2021). De-risking of green investments through a green bond market – Empirics and a dynamic model. *Journal of Economic Dynamics and Control*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.jedc.2021.104201>
2. RIA Rating (2021b). Рейтинг социально-экономического положения регионов. – 2021 (по итогам 2020 г.). URL: <https://riarating.ru/infografika/20210531/630201353.html>
3. Green Patrol (2021). Экологический рейтинг России 2021. URL: <https://greenpatrol.ru/ru/stranica-dlya-obshchego-reytinga/ekologicheskij-reyting-subektov-rf?tid=434>

СЕКЦИЯ 4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ

УДК 338.28

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ

Аветисян Артем Леонович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

В общепринятой всемирной практике выведены две формы сотрудничества: контрактная и институциональная. Последняя, в свою очередь, понимается как участие частного бизнеса и государства в создании совместного предприятия. [1, с. 145].

Институциональная форма партнерства в здравоохранении может осуществляться различными вариантами.

1. Создание организации в сфере медицины с участием государства и частного партнера.
2. Создание некоммерческой организации в сфере здравоохранения.
3. Создание управляющей компании для управления и реализации проектами здравоохранения.
4. Передача частной компании доли государственной медицинской организации (в том числе частичная приватизация). Например, может быть передан родильный дом, являющийся частью медсанчасти, находящейся в собственности государства. Данный вариант не имеет в настоящее время соответствующего нормативно-правового обеспечения.

Стратегическое партнерство по контрактной форме означает заключение договора на исполнение определенных функций и обязанностей в здравоохранении.

Виды форм контрактного сотрудничества в здравоохранении следующие:

1. Концессия (концессионное соглашение) состоит в специфической форме партнерских отношений между государством и частным предприятием [2].

2. Частная финансовая инициатива – договоры по государственным услугам и работам, финансируемые частным сектором, охватывают те же элементы, но по соображениям, выведенным из практики, оплата производится государством, а не потребителем [1, с. 2].

В существующей практике Российской Федерации частную финансовую инициативу не обособляют, а выводят на рассмотрение в рамках концессии.

По результатам анализа моделей государственно-частного партнерства (ГЧП) в соответствии с международной классификацией для здравоохранения в Российской Федерации рекомендуется использовать приведенные далее модели ГЧП контрактной формы.

Модель № 1. Эта модель в здравоохранении означает, что частное предприятие ведет работы по реконструкции организации муниципального или государственного учреждения в области здравоохранения для улучшения показателей эффективности. После того, как данные работы завершены, частное предприятие приобретает правомерность эксплуатации и обслуживания инфраструктуры медицинского учреждения во время предоставленного срока, к концу которого медицинское учреждение возвращается государству. Во временном промежутке, когда учреждение здравоохранения обслуживается частным предпринимателем, необходимо работать рентабельно, чтобы окупить вложенные средства. Реконструкция выполняется за счет денежных средств частного предпринимателя.

Модель № 2. Самая многообещающая модель для сферы здравоохранения. В этой модели все характеристики напоминают первую модель. Существенное отличительное свойство заключается в том, что в этой модели частный партнер может по праву предоставлять медицинские

услуги и получать плату за их предоставление, а при использовании модели № 1 на это имеет право только государство.

Модель № 2а является разновидностью модели № 2. Отличия заключаются в том, что частный партнер предоставляет лишь платные медицинские услуги и не имеет отношения к системе ОМС, при этом за право пользования медицинским учреждением частный партнер вносит плату государству за аренду. Эта модель имеет реализацию в форме частной финансовой инициативы.

Модель № 3. Применительно к здравоохранению означает, что государство инвестирует в медицинскую организацию свои денежные средства, после чего передает ее в управление частному партнеру, с правом последующего выкупа. Актуальность этой модели представляется только в том случае, если государство имеет возможность построить медицинское учреждение, для эффективности решения управленческих и профессиональных проблем в сфере здравоохранения с наименьшими потерями денежных средств, в необходимый период времени, и при этом не имеет возможности предоставить эффективное управление организацией и оказывать высокотехнологичные медицинские услуги.

Модель № 3а напоминает модель № 3. Но отличия заключаются в том, что частный партнер не оказывает медицинские услуги, а организует только обслуживание инфраструктуры медицинского учреждения.

Модель № 4. Данная модель предполагает строительство (либо выполнение части строительных работ) медицинского учреждения частным партнером в соответствии с требуемыми задачами государства, по завершении строительства медицинское учреждение передается государственному партнеру с правом владения и частному партнеру на определенный период времени в пользование без права владения.

Модель № 5. Эта модель означает, как и предыдущая, это частный партнер возводит медицинское учреждение в соответствии с поставленными задачами государства, после чего передает возведенную медицинскую организацию государству.

Модель № 6 предполагает, что государство привлекает частного партнера только в целях финансирования возведения или реконструкции медицинской организации. Частный партнер имеет интерес в возвращении

вложенных денежных средств с учетом процентов, прописанных в контракте. [2, с. 12]

Для каждой модели необходимым условием является установление показателей для мониторинга и контроля за действиями частного партнера.

В итоге можно сказать, что при исполнении моделей ГЧП определяется проблема с последующим решением в оказании актуального вида помощи больным, при этом платежи со стороны государства поступают не одновременно, а долями на определенный в договоре, период времени. Неотъемлемо важным обстоятельством является неосуществимость создания учреждения без причастия частного предпринимателя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Институциональные основы развития государственно-частного партнерства в системе регионального стратегического планирования: монография / Н. Н. Косинова [и др.]; ВолгГТУ. – Волгоград: ВолгГТУ, 2016. – 224 с.

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 420 от 28.06.2016 О проведении в 2016 году Всероссийского конкурса «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении»

**МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ
СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРЕ.
ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ**
Даниленко Евгений Евгеньевич, Федоров Артём Михайлович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Важнейшим элементом, как политики государства, так и общественной жизни является здравоохранение. Ведь здоровье нации является главным ее богатством, фактором национальной безопасности. Решение вопросов ресурсного обеспечения отрасли в настоящее время тесно связано с проблемами реформирования системы здравоохранения. Эта проблема является комплексной и требует ответов на главные вопросы: поиск источников финансирования, рациональное и эффективное распределение имеющихся ресурсов.

Цель статьи – провести сравнительный анализ принципов финансирования отрасли здравоохранения в Российской Федерации и развитых странах мира с целью использования его результатов в процессе разработки финансово-экономических механизмов управления отечественной системой здравоохранения.

В мире различают три модели финансирования здравоохранения: бюджетная (государственная), страховая (социально-страховая), частная (негосударственная, или рыночная). Экономические модели систем охраны здоровья разных стран могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах (рис. 1).

1) В государственной модели финансирования здравоохранения значительная роль принадлежит государству. Оно является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Система бюджетного финансирования здравоохранения основана на принципе бесплатности. В классическом виде в рамках этой модели медицинская помощь оказывается медицинскими организациями, подчиненными государственным органам управления и финансируемыми по сметному принципу. Государство четко контролирует большинство аспектов

рынка медицинских товаров и услуг, устанавливает правила допуска и доступа на рынок. Преимущества данной системы заключаются в следующем: бесплатность и общедоступность, плановость развития, профилактическая направленность, экономичность.

2) На сегодняшний день бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения делится на государственную систему здравоохранения и систему обязательного медицинского страхования. Государственная система здравоохранения финансируется за счет бюджетных источников (из Федерального бюджета и бюджета субъекта). Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в 6 установленных Федеральным законом.



Рис. 1. Мировая система здравоохранения

3) Частная модель финансирования здравоохранения – это система личного, частного оказания медицинской помощи за средства пациента. При данной модели единая система государственного медицинского страхования отсутствует. Эта система наименее доступна для населения, мало нацелена на профилактику, но в то же время является наиболее динамичной и технологичной в связи с выраженной конкуренцией между производителями медицинских услуг. Рынок играет ключевую роль в удовлетворении потребностей в медицинских услугах. Государство берет на себя лишь те обязательства, которые не удовлетворяются рынком, т. е. покрывает медицинское обслуживание социально уязвимых категорий граждан – безработных, малоимущих и пенсионеров.

Три основные группы инвесторов вкладывают свои средства в обеспечение функционирования и развития здравоохранения. К ним относятся сами пациенты, государство и страховые организации. Этим трем группам инвестиционных источников соответствуют и три наиболее распространенные системы финансирования здравоохранения – бюджетное, страховое и частное. Финансирование зависит от общественно–экономической формы организации: государственная, страховая, частная или смешанная. При государственной системе основным источником финансирования является бюджет, сформированный из различных доходных статей, и из подоходного налога. При страховой – страховой взнос государственных предприятий, организаций и граждан. При частной – все медицинские услуги платные. При смешанной – могут присутствовать все формы финансирования в разной степени.



Рис. 2. Источники финансирования муниципального здравоохранения

Таким образом, для улучшения функционирования системы здравоохранения в России перед государством должны стоять следующие цели:

- Создание централизованной национальной модели здравоохранения и переход на бюджетную модель финансирования. Реализация межведомственных программ по охране здоровья населения.
- Расширение объемов рынка лекарственных средств и медицинских изделий
- Повышение оплаты труда медработников
- обеспечение биологической безопасности

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колесник В.И. Развитие принципов финансирования отрасли здравоохранения в Российской Федерации и в некоторых странах мира
2. В. В. Омеляновский, Л. В. Максимова, А. П. Татаринев, Научная жизнь. Анализ расходов на здравоохранение

**МОШЕННИЧЕСТВО В СФЕРЕ
ИМУЩЕСТВЕННЫХ НАЛОГОВЫХ ВЫЧЕТОВ ПО НДФЛ**
*Ивко Милана Сергеевна, Поздняк Екатерина Вадимовна,
Рубцова Марина Константиновна*

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

На современном этапе развития российской экономики важную роль играет эффективность действующей налоговой системы, а именно, сбор налогов в бюджет государства. Несмотря на постоянное совершенствование налогового законодательства, ужесточение контроля за проводимыми финансовыми операциями, в Российской Федерации сохраняется довольно высокий уровень нарушений законодательства в сфере налогов и сборов [1].

Если граждане не подавали декларацию на получение вычета по НДФЛ за покупку недвижимости, то есть вероятность, что за них это могут сделать мошенники. Имущественный вычет – самый большой из всех видов вычетов, потому и интересен для преступников. По нему можно вернуть до 260 000 рублей. Каждый может воспользоваться правом на получение имущественного налогового вычета [2]. Имущественный вычет можно получить по следующим основаниям: на новое строительство или приобретение объекта жилой недвижимости, земельных участков под них (основной вычет); на погашение процентов по кредитам, полученным от российских организаций или индивидуальных предпринимателей, фактически израсходованным на новое строительство или приобретение на территории Российской Федерации жилья (доли или долей в нем), земельного участка под него (вычет по %) [3].

Обычно недобросовестные граждане, которые хотят получить имущественный вычет при покупке недвижимости, цена которой не превышает 2 миллионов рублей, используют два варианта мошеннических действий: добавление документов на ремонт или завышение цены в договоре.

Достаточно часто встречаются случаи завышения стоимости квартиры в договоре, то есть стороны улавливаются о том, что продавцу будет передана сумма в размере 1 600 000 руб., а в бумагах указывается 2 000 000 руб. [4].

В случае если в сделке купли-продажи задействован банк, и совершен всеобъемлющий контроль документов, то банк может отказаться от проведения данной сделки [5]. Однако в большинстве случаев сотрудники банков готовы провести сделки с завышенной суммой, указанной в договоре. Подобные действия также будут являться основанием для того, чтобы привлечь к уголовной ответственности участников сделки (продавца и покупателя) и сотрудников банка за совершение мошенничества, то есть хищение чужого имущества или приобретение права на чужое имущество путем обмана или злоупотребления доверием и привлечь по статье 159 УК РФ.

К еще одному способу получения незаконного имущественного вычета можно отнести письма, рассылаемые по электронной почте от лица ФНС России и использование поддельного сайта департамента социального обеспечения.

Как правило, налоговые вычеты представляют собой инструмент снижения тяжести налогового бремени и поддержка социально уязвимых слоев населения. Федеральная налоговая служба России в 2020 году зафиксировала рост числа мошеннических действий, связанных с неправомерным получением налоговых вычетов.

Для борьбы с налоговым мошенничеством в Российской Федерации налоговые и правоохранительные органы устраивают совместные рабочие группы и мероприятия, направленные на выявление, предупреждение и раскрытие налоговых мошенничеств, а также на выявление и установление лиц, подготовивших данные преступления [6].

Для того чтобы предотвратить мошенничества в сфере имущественных вычетов, необходимо не только усовершенствовать систему проверок на предмет неправомерного завышения или занижения цены, но также провести работу с персоналом банков для того, чтобы снизить риск внутреннего вмешательства в вышеперечисленные мошеннические действия.

В статье проанализированы размеры налоговой выгоды, которую возможно получить налогоплательщиками и выделены основные схемы незаконного получения имущественных вычетов. Проанализирована деятельность мошенников в налоговой сфере и выделены основные причины, позволяющие мошенникам использовать несовершенство налогового законодательства Российской Федерации. Подводя конечный итог, можно говорить

о том, что налоговое право является одной из самых быстроразвивающихся отраслей права на данный момент. Налоговое право постоянно изменяется и совершенствуется, но вместе с ним создаются все новые способы мошенничества. В статье делается вывод о необходимости внесения изменений в законодательство РФ для того, чтобы сократить количество мошеннических схем, связанных с имущественными налоговыми вычетами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсаева И. Л., Арсаев А. Л. Налоговые вычеты по НДФЛ как инструмент реализации социальной политики государства //Энигма. – 2019. – №. 15-1. – С. 10–16.
2. Клейменова Л. В., Соловьева Е. А., Иванова А. Н. Налоговые вычеты по НДФЛ как главный инструмент налоговой политики государства //Проблемы социально-экономического развития Сибири. – 2018. – № 2. – С. 29–34.
3. Матвеева И. А., Терехин А. А. Особенности имущественного налогового вычета // Эпомен. – 2020. – №. 35. – С. 204–208.
4. Солодимова Т. Ю. Социальные налоговые вычеты. Отдельные аспекты предоставления // Экономика, предпринимательство и право. – 2015. – № 5(4). – С. 247–252.
5. Удалов М. И., Шибалова М. А. Актуальные схемы мошенничества при получении налогового вычета и способы противодействия им // Вестник СГЮА. – 2021. – № 4 (141). – С. 153–159.
6. Файзеев Р. Т. Перспективы развития противодействия мошенничествам в налоговой сфере // Право и государство: теория и практика. – 2019. – № 10 (78). – С. 177–181.

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Москвичёва Ксения Валерьевна, Каширская Янина Андреевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

В настоящее время основной целью экономики в области здравоохранения является изучение экономических отношений, складывающихся между людьми в процессе предоставления им медицинских услуг, а также анализ ресурсов для полного и рационального финансирования хозяйственной деятельности.

Финансовый менеджмент в здравоохранении – это управление денежными потоками медицинского учреждения и финансовыми отношениями, возникающими в ходе этого движения.

Задачами финансового менеджмента в учреждениях здравоохранения являются:

1. Финансовое планирование доходов и расходов;
2. Привлечение финансовых ресурсов;
3. Регулирование финансовых потоков;
4. Финансовый аудит.

Финансирование медицинских учреждений зависит от социально-экономической формы организации: государственная, частная, смешанная и страховая.

- В государственной системе основным источником финансирования является бюджет, сформированный из различных доходных статей, и из подоходного налога.

- В рамках системы страхования – страховой взнос государственных предприятий, организаций и граждан.

- В частной – доходы, получаемые от производства и реализации медицинских изделий, а также оказания платных медицинских услуг пациентам.

- При смешанной форме могут присутствовать все формы финансирования в разной степени. [1]

Существуют базовые нормативы стоимости бесплатной медицинской помощи, оказываемой населению в рамках Программы государственных гарантий, которые специально рассчитываются для каждого региона. Например, в Волгоградской области при расчете Территориальной программы в части оказания медицинской помощи за счет средств областного бюджета используется расчет предполагаемой численности населения области на 1 января планируемого года, проводящийся Федеральной службой государственной статистики по области: на 2021 год – 2 475 857 человек;

Для расчета стоимости Территориальной программы в части ОМС используется численность застрахованного населения Волгоградской области: 2 431 324 человека в 2021 году.

На 2021 год нормативы объема медицинской помощи на одного жителя по региональному бюджету и на одного застрахованного по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются исходя из средних нормативов, указанных в постановлении Правительства Российской Федерации за исключением нормативов оказания неотложной медицинской помощи, в том числе специализированной неотложной медицинской помощи, оказываемой за счет средств областного бюджета. Данный стандарт устанавливается исходя из реальной потребности в срочной, в том числе специализированной, медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС, а также для лиц, не застрахованных по ОМС. [2]

Однако руководители медицинских учреждений отмечают, расхождение между статьями доходов и расходов. В некоторых случаях разница в недофинансировании может достигать от 20 % до 80 %. То есть по одной статье на год деньги могут быть выделены только на 3–8 месяцев.

На сегодняшний день вопросы недофинансирования медицинских организаций решаются благодаря управленческим навыкам менеджеров. Медицинское учреждение само рассчитывает потребность в лекарствах, перераспределяет средства на более уязвимые статьи расходов и т.д. Основными показателями уровня обеспеченности являются:

- количество выполненных манипуляций;
- объёмы диагностических исследований;
- число оперативных вмешательств.

Таким образом, финансовый менеджмент делает систему здравоохранения и работу медицинских организаций более эффективной, поскольку отсутствие денежных проблем облегчает выполнение основных функций и задач в любой сфере деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Финансовый менеджмент» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Финансовый_менеджмент Дата обращения – 05.11.2021.
2. Закон Волгоградской области о территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2021 год / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://docs.cntd.ru/document/571063222> Дата обращения: 05.11.2021.

ПОДОХОДНЫЙ НАЛОГ НА РОБОТОВ: ПЕРСПЕКТИВА ВНЕДРЕНИЯ

Кувшинов Илья Сергеевич

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

Автоматизация приводит к сокращению реальных рабочих мест как следствие – снижение поступлений подоходного налога в бюджет. Чтобы избежать провала по поступления средств в бюджет, можно предложить ввести подоходный налог на роботов как возможность переподготовки уязвимых профессий и облагать его по ставке НДФЛ в 13% от средней заработной платы замещающей профессии. Такое решение поможет частично с проблемой безработицы.

С точки зрения развития человечества, роботизация имеет огромный потенциал. Так, благодаря автоматизации производства можно добиться минимизации влияния «человеческого фактора». Более того, благодаря роботам можно наладить непрерывное производство. Нельзя не отметить, что внедрение робототехники дало серьезный стимул для развития медицины: на данный момент большое количество сложных операций производится с помощью роботов, а роботизированные протезы являются вторым шансом для людей – инвалидов вернуться к обыкновенному образу жизни.

Основным негативным – последствием является высвобождение рабочих мест, что приводит к значительному росту безработицы. Более того, перенасыщение рынка и, соответственно, может привести к нежеланию самостоятельно развиваться в дальнейшем.

Уже в 2019 году стали задумываться о неизбежности введения налогов на роботов. Новые профессии появляются постепенно, они связаны преимущественно с высокоинтеллектуальной деятельностью и зачастую требуют высшего образования. Низкоквалифицированный труд сильно страдает из-за роботизации. Такой налог окажет существенную поддержку рынку труда в России и компенсирует провал поступлений в бюджет средств.

Впервые законодательную инициативу выдвигали члены парламента Люксембурга в 2016 году. По словам политика, роботизация и внедрение искусственного интеллекта могли совершить революцию в экономике [1, с. 1610].

В предложенном законопроекте следующие меры за организацией контроля роботизации:

- регистрация роботов в миграционной службе;
- наличие в законодательстве ответственности за причинение ущерба, связанного с утратой рабочих мест;
- уплата социальных налогов и взносов в систему социального страхования владельцам роботов;
- обязательное подчинение робота и невозможность причинения вреда человеку.

Подходный налог на роботов – это перспектива системы налогообложения в России, поскольку роботизация в последнее время набирает обороты во многих сферах экономики. Теряется огромная часть поступлений от НДС и большое количество рабочих мест. Также можно ожидать существенного пополнения фонда переподготовки уязвимых профессий от налога на роботов, что даст хорошую перспективу для кадров.

По моему мнению, введение налога на роботов сможет урегулировать ситуацию на рынке труда, где профессии неумолимо исчезают под влиянием автоматизации. Желание предпринимателей сэкономить велико. Данный налог – это перспектива будущей системы налогообложения. Налог на прибыль не компенсирует потери от поступлений НДС, что подтверждает актуальность вопроса. Фонд переподготовки уязвимых профессий обретёт «новую жизнь». Существенно сократится уровень безработицы в России.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Камараева Е. Я. О налоговых последствиях роботизации / Е. Я. Камараева, Н. А. Максимов, М. В. Пьянова // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2017. – Т. 14, вып. 9. – С. 1608–1622.
2. Акьюлов Р. И. Роль искусственного интеллекта в трансформации современного рынка труда / Р. И. Акьюлов, А. А. Сковпень. // Дискуссия. – Экономика и бизнес. – 2019. – С. 30–39.

СПОСОБЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ЭФФЕКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Кувшинов Илья Сергеевич

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент кафедры экономики и менеджмента Хало Любовь Анатольевна.*

Пандемия COVID-19 очень быстро изменила общую картину мира, жизнь каждого человека, работу всех организаций. В первой линии лицом к лицу с вирусом встречается врач. Медицинский персонал наиболее подвержен риску заражения. Условия труда резко изменились, исходя из развития эпидемиологической ситуации. Многие факторы, такие как риск заразиться саму и заразить своих близких, работа в специальной экипировке, интенсивность труда в связи с увеличением потока больных и прочее отрицательно влияют на эффективность труда. Медицинские организации теряют квалифицированных сотрудников и в итоге не справляются с задачами министерства здравоохранения.

Многие учреждения здравоохранения частично перешли на работу с COVID-19. При принятии решений наблюдалась высокая степень неопределенности из-за ситуации с пандемией. Анализ предпринятых мер и реакция на них персонала позволит обеспечить результативность работы системы охраны здоровья граждан в будущем [1].

Правительством РФ были приняты сильнейшие меры по материальной стимуляции кадров, а именно: Постановления Правительства № 415 от 02.04.2020г., № 484 от 12.04.2020, согласно которым медицинским работникам, работающим с пациентами с коронавирусной инфекцией или подозрением на коронавирусную инфекцию, полагаются определенные выплаты, которые представлены в таблице 1.

Для проведения таких выплат в установленном законом порядке медицинская организация должна утвердить соответствующий локальный нормативный акт и согласовать его с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья или органом местного самоуправления. В таком акте устанавливаются: перечень подразделений

медицинских организаций, работа в которых дает право на установление выплат, а также перечень должностей, размер выплаты стимулирующего характера и срок, на который она устанавливается [2].

Таблица 1.

Выплаты медицинским работникам за работу с COVID-19 [1].

Федеральные надбавки в конкретной сумме	Федеральные надбавки в «%»
От 25 000 до 80 000 рублей в зависимости от должности	От 20% до 100% от среднемесячного дохода по соответствующей должности в субъекте РФ
Все субъекты РФ	Все субъекты РФ, кроме Москвы
Медицинские организации, оказывающие: Скорую медицинскую помощь пациентам с COVID-19; Специализированную медицинскую помощь пациентам с COVID-19 в стационарных условиях. + Организации, предоставляющие транспортные услуги при оказании скорой медицинской помощи	Медицинские организации, оказывающие: Скорую медицинскую помощь пациентам с COVID-19; Специализированную медицинскую помощь пациентам с COVID-19 в стационарных условиях; Первичную медико-санитарную помощь пациентам с COVID-19 в амбулаторных условиях
Организации любой формы собственности, в том числе частные	Организации любой формы собственности, в том числе частные (с учетом изменений, внесенных в ПП РФ № 415 от 29.05.2020)
Выплачиваются с момента поступления в медицинскую организацию первого пациента с подтвержденным диагнозом COVID-19 в течение 3 месяцев, а именно в апреле-июне 2020 года	Выплачиваются с момента поступления в медицинскую организацию первого пациента с подтвержденным диагнозом COVID-19 начиная с 30.01.2020 и до отмены Постановления либо до срока, который указан в локальном нормативном акте медицинской организации. Обратите внимание, что конечный срок выплат в Постановлении не установлен
Утверждены Постановлением Правительства РФ от 12.04.2020 № 484	Утверждены Постановлением Правительства РФ от 02.04.2020 № 415

Несмотря на то, что вышперечисленные выплаты производились с первого дня работы с инфекцией, сотрудники не сразу «прочувствовали разницу», потому что в первую очередь обращали внимание на тяжелые условия работы и боялись последствий контакта с инфекцией. В июне стало сокращаться количество поступающих в подразделение пациентов, при этом

выплаты сохранились в полном объеме, примененная государством и учреждениями здравоохранения материальная мотивация начала приносить свои положительные плоды и к июлю ситуация пришла в норму. То есть количество увольнений и переводов из подразделений стало таким, как до работы в условиях пандемии. В сентябре опять начался рост заболеваемости, соответственно, опять начало расти количество пациентов в стационарах. Однако персонал адаптировался к новым условиям труда, и ситуация стабилизировалась [2].

Однозначно хочется сказать то, что материальная мотивация, предпринятая государством и здравоохранением, является основным фактором привлечения сотрудников для работы в «красной зоне», однако из-за нарастающей усталости персонала требуются моральные методы мотивации (похвала, благодарности). Также для более эффективного труда требуется своевременная ротация кадров, чтобы обеспечить временное снижение нагрузки для работников «красной зоны» и возможности подзаработать работникам «зеленой зоны». Важно, чтобы все сотрудники организации оставались одной командой, что дать достойный отпор COVID-19.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жаркова В. В. Эффективность труда и мотивация персонала при работе с COVID-19 в медицинских организациях // Скиф. Вопросы студенческой науки. – 2020. – № 11. – С. 403–407.
2. Тимербулатов В.М. Здравоохранение во время и после пандемии COVID-19 // Вестник академии наук РБ. – 2020. – Т. 35. – №2. – С. 77–86.

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ И РАЦИОНАЛЬНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Кулешова Лидия Дмитриевна, Медведева Ксения Григорьевна

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

В настоящее время в Российской Федерации средства, выделяемые из государственного бюджета на лекарственное обеспечение, продолжают увеличиваться в росте. В структуре расходов преимущественно преобладают дорогостоящие препараты, у которых есть наиболее дешевые и эффективные аналоги. Тем не менее высока и доля закупок лекарственных средств, эффективность которых еще не доказана клиническими исследованиями. В соответствии с этим, неэффективность использования бюджетных средств напрямую отражается на заболеваемости и смертности населения. Это и предопределило актуальность данного исследования.

Цель научной работы состоит в определении рациональности затрат на лекарственное обеспечение в рамках программы Дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). В ходе исследования были использованы методики АТС/DDD-анализа по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Согласно полученным результатам, в 2020 году на лекарственное обеспечение было израсходовано 61,8 млрд. руб. [1]. Более 50 % из этих средств было потрачено на 7 основных групп лекарственных препаратов по АТС-классификации: противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы (L), средства, влияющие на работу пищеварительного тракта и обмена веществ (A), противомикробные препараты системного действия (J), препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (C), средства, влияющие на работу нервной системы (N), препараты для лечения заболеваний респираторной системы (R) и средства, влияющие на кроветворение и кровь (B) (рис. 1).

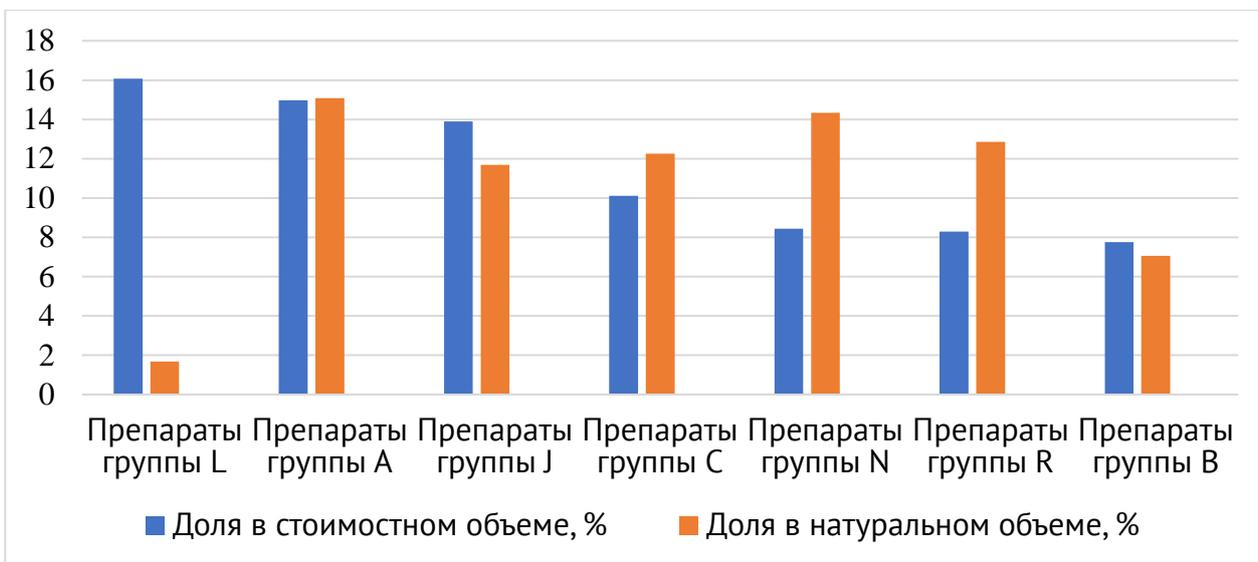


Рис. 1. Структура продаж ЛП по АТС-группам, 2020 год

Источник: Фармацевтический рынок России 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL.: https://dsm.ru/docs/analytics/2020_Report_rus.pdf

В процессе наблюдения были рассмотрены лекарственные препараты, которым присвоены значения DDD. Оценка международных непатентованных наименований позволила определить 10 наиболее популярных лекарственных средств (рис. 2).

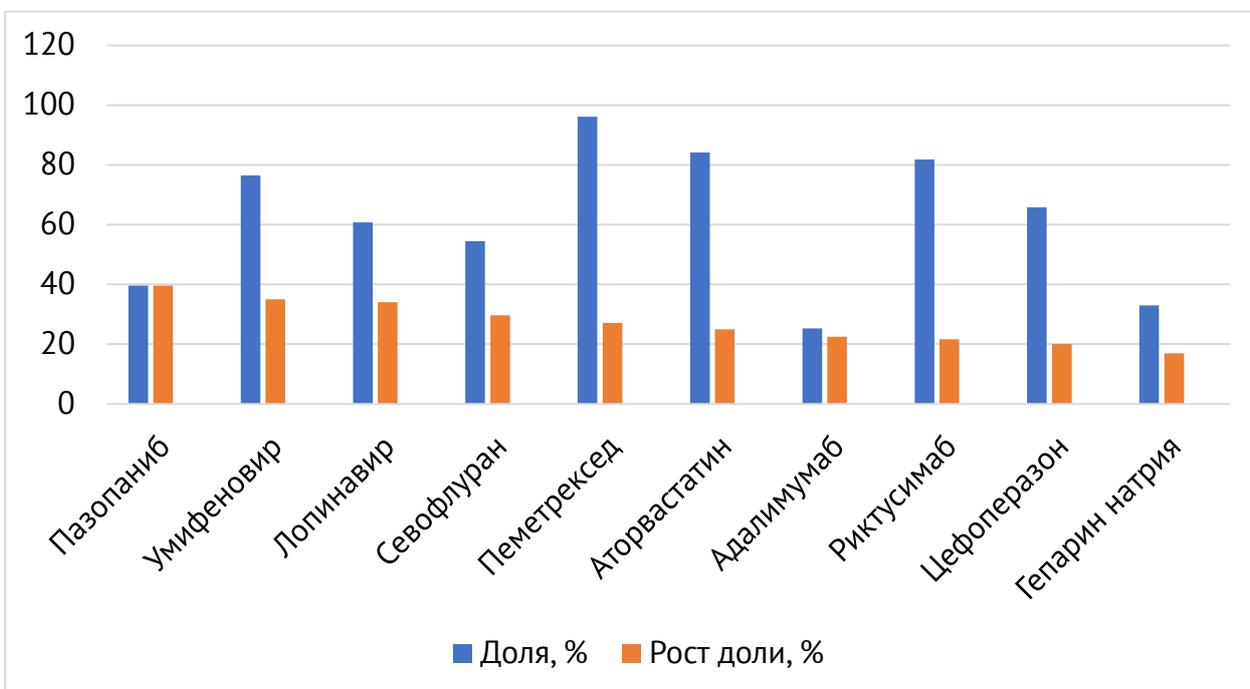


Рис. 2. ТОП-10 МНН в стоимостном выражении в 2020 году

Источник: Фармацевтический рынок России 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL.: https://dsm.ru/docs/analytics/2020_Report_rus.pdf

Наибольшее количество закупок составил препарат «Пеметрексед» (96,1%), далее в порядке убывания следует «Ритуксимаб» (81,8%), «Аторвастатин» (81,4%) и т.д. Что касается торговых наименований, анализ показал, что граждане покупали чаще всего противомикробные препараты системного действия (Ингавирин – 6,13, Арбидол – 4,62), препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (Детралекс – 5,63, Эликвикс – 4,44, Кардиомагнил – 4,37) и средства, влияющие на работу нервной системы (Мексидол – 4,32, Пенталгин – 4,25) [2]. На самый дорогой препарат имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты (Ингавирин) было израсходовано свыше 113 млн. руб., в то время как на более дешевые анальгезирующие средства (Пенталгин) – 18 млн. руб. На оригинальный препарат этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол) было потрачено 79,1 млн. руб., а на оригинальный препарат ривароксабан (Ксарелто) – 169 млн. руб., тогда как в рамках программы ДЛО были доступны дешевые анальгезирующие средства.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что согласно результатам проведенного АТС-анализа, показали высокую стоимость, но не высокое потребление противоопухолевые и иммуномодулирующие средства (группа L). Скорее всего, исследование ценообразования на эту группу лекарственных препаратов и регулирование цен могут позволить рационализировать основные затрат государственного бюджета и бюджета ФОМС на лекарственное обеспечение [3]. Частота назначения препаратов и тем временем огромное количество затрат на их изготовление говорят о необходимости введения в фармацевтических компаниях ответственной и информированной политики использования лекарственных средств для лечения заболеваний системы желудочно-кишечного тракта (А), вирусов различного типа (J) и болезней сердца (С). Высокая доля расходов на эти группы препаратов связаны не только с распространенностью соответствующих заболеваний, но и с определенными проблемами лекарственной политики:

- 1) назначение наиболее дорогостоящих аналогов (или менее затратно-эффективных средств);
- 2) назначение полностью или недостаточно эффективных лекарственных средств;
- 3) назначение самых дорогостоящих торговых марок при доступности их более дешевых аналогов.

Оптимизация списка лекарственных средств, одобренных к отпуску в системе ДЛО, и создание системы выбора наиболее затратно-эффективных препаратов, предложенных Всемирной организацией здравоохранения, позволят улучшить назначение лекарственных средств и минимизировать затраты на лекарственное обеспечение в целом [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Правительство сократит бюджет на закупку лекарств для редких заболеваний [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL.: <https://www.rbc.ru/society/18/09/2020/5f6390779a79471b64e1690c>.
2. Аптечный рынок по итогам 9 месяцев 2020 года: коронакризис и диджитал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL.: https://remedium.ru/analytics/Aptechnyy_rynok_po_itogam_9_mesyatsev_2020_goda_koronakrizis_i_didzhital/.
3. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 N 61-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/.
4. Карпов, О. Э. Система лекарственного обеспечения цифровой медицинской организации в условиях мониторинга движения лекарственных препаратов / О. Э. Карпов, Д. Н. Никитенко; Нац. мед.-хирург. Центр им. Н. И. Пирогова. – Москва: Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова, 2019, № 1. – с. 88–96.

ВОДНЫЙ НАЛОГ КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОДНЫХ РЕСУРСОВ ГОСУДАРСТВА

Меньшакова Мария Николаевна, Вейгендт Валерия Викторовна

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный
медицинский университет*

*Научный руководитель: старший преподаватель
кафедры экономики и менеджмента Шестакова Ирина Валерьевна*

Основным аспектом, регулирующим охрану окружающей среды и природопользования, является их платность и возмещение вреда. (ст.3 ФЗ «Об охране окружающей среды»). Экономическое регулирование водных ресурсов в Российской Федерации производится путем взимания водного налога. [3] Этот налог входит в систему платежей за пользование природными ресурсами, и является основным аспектом экологического налогообложения России. Роль налогов в экономической жизни очень велика, налоги являются источниками средств, поступающих в бюджет и во внебюджетные фонды, т.е. питают всю социальную и государственную сферу жизни страны. Водный налог не является исключением и также составляет важную составляющую налогов страны.

Водный налог не всегда существовал в российском налогообложении. До вступления в силу 1 января 2005 г. новой главы Налогового кодекса РФ – 25.2 «Водный налог», эту роль исполняла система платежей, выделенная «Водным кодексом» РФ от 16 ноября 1995 года № 167-ФЗ. [2] Ранее платежи за использование водных ресурсов устанавливались представительными органами субъектов Российской Федерации. Но с изменением законодательства, водный налог стал федеральным налогом, поэтому теперь регионы не могут его изменить.

Объектами налогообложения водным налогом можно считать, в первую очередь, забор воды из государственных водных объектов, использование водоемов для целей гидроэнергетики без забора воды и использование акватории водных объектов. Это говорит о постоянном использовании водных ресурсов региона. [1]

Перечень налогоплательщиков так же поменял свой состав: помимо организаций и частных предпринимателей, в состав были включены физические лица.

Исследуя динамику поступлений водного налога в федеральный бюджет, можно проследить уменьшение суммы сбора: в 2015 году он на 12 299 440 тыс. рублей меньше, чем в 2007 году. В то же время количество налогоплательщиков сократилось на 13 978 по сравнению с 2007 годом. С 2007–2015 гг. объем забора воды из водоемов был сокращен на 84 %. В тот же период использование площади акватории водных объектов, уменьшилось почти на 90 %.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что водный налог является необходимым инструментом в регулировании природопользования РФ, а также важным составляющим доходной части бюджетов. Охрана окружающей среды имеет большое значение для мирового сообщества, поэтому акцент на дополнение законов о природопользовании является приоритетом для государства. Также хотелось бы отметить важность платы за водные ресурсы. Россия имеет большие запасы водных ресурсов, но это не отменяет их рациональное использование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Елгина Д. А. // Водный налог: порядок исчисления и уплаты // Жилищно-коммунальное хозяйство: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2010. – № 5. С. 15–29.
2. Российская федерация / Федеральный закон / О внесении изменений в главу 25.2 «Водный налог» части второй Налогового кодекса Российской Федерации и в Водный кодекс Российской Федерации
3. Официальный сайт министерства Финансов РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL.: www.minfin.ru

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЦЕНООБРАЗОВАНИЕМ КАК ИНСТРУМЕНТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Слащев Евгений Викторович

*Россия, Волгоградский государственный технический университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Пескова Ольга Сергеевна*

Оценка эффективности управления ценообразованием является одним из важнейших инструментов совершенствования системы финансирования здравоохранения, так как именно аргументированное обоснование цен товаров, работ или услуг, оказываемых любым предприятием, в т.ч., относящемся к медицинской сфере, позволяет максимизировать его прибыль, обеспечить высокое качество конечного продукта, повысить его экономическую устойчивость и конкурентоспособность, что особенно важно в период кризиса, вызванного пандемией. В современной экономической системе сложилась неопределенная ситуация относительно критериев оценки эффективности управления предприятием, в целом, и управления ценообразованием, как одной из важнейших составляющих его деятельности, в частности. Поддержание необходимого уровня конкурентоспособности и экономической устойчивости требует полного использования многочисленных внутренних и внешних факторов развития, в частности, потенциала управления ценообразованием.

Предлагаемая методика состоит из оценки составляющих, входящих в состав исследуемой категории. Для экспертной оценки каждого отдельного свойства синтезированного «дерева» исследуемого объекта, была использована шкала качественной характеристики оценки свойств Харрингтона и формула средней арифметической [1].

Оценка эффективности управления ценообразованием предприятия проводится в несколько этапов. На первом этапе оценки проводится сбор количественной информации об объекте исследования. Второй этап характеризуется сбором качественной информации об объекте оценки. На третьем этапе оценки происходит обработка полученных данных и их последующее занесение в ЭВМ [1]. На заключительном этапе происходит интерпретация

количественных и качественных оценок, служащих основой для разработки рекомендаций по повышению эффективности управления ценообразованием на предприятии. Необходимо отметить, что все элементы данного комплекса оценки необходимо считать одинаковыми по своему весу, так как с позиций квалиметрии свойства одного уровня в иерархической структуре оценки исследуемого в работе объекта равноценны [2].

Для анализа показателя управления ценообразованием – Р, углублённо рассмотрим входящие в его состав показатели более низкого уровня, а именно: Р1 (показатель соответствия ценовой политики типу рынка), Р2 (показатель соответствия ценовой политики ЖЦП), Р3 (показатель соответствия ценовой политики общим целям организационной системы), Р4 (показатель приемлемости ценовой политики для потребителя), Р5 (процент соответствия отраслевым стандартам в стране), Р6 (процент соответствия отраслевым стандартам в других странах) и Р7 (показатель гибкости ценовой политики предприятия) [3]. Для этого вышеназванные показатели необходимо дополнить и более глубоко проанализировать, а соответствующие «ветви дерева» доработать в согласно результатам такого рода анализа. Представим результаты декомпозиции элемента оценки на рисунке 1.

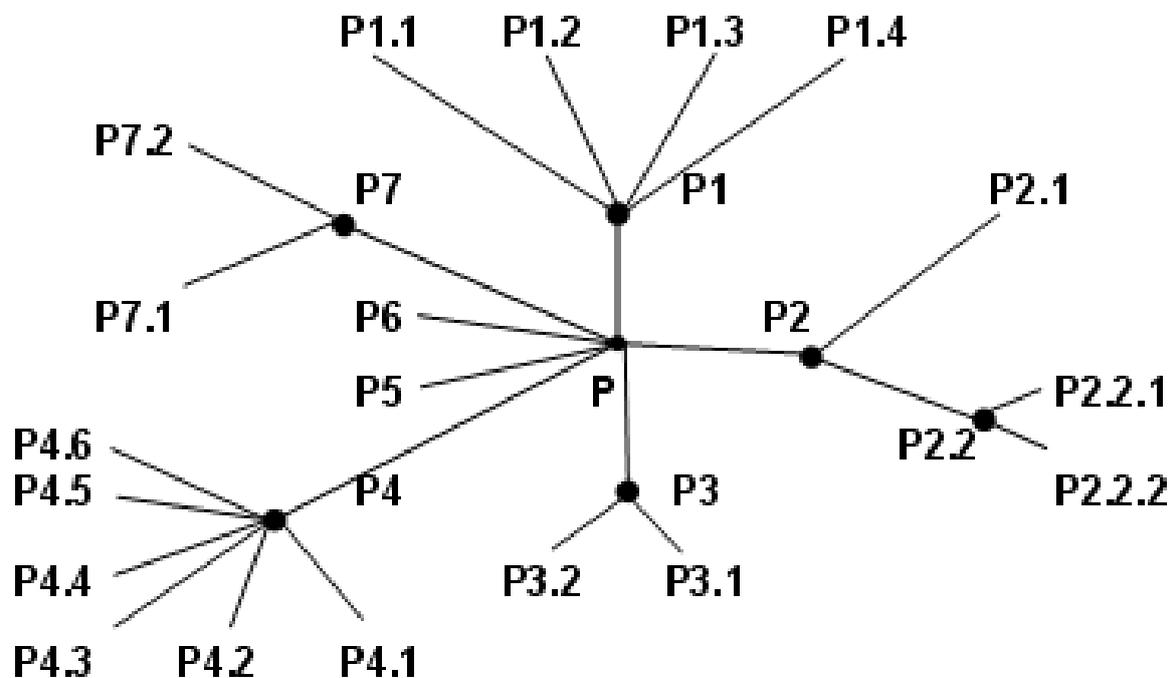


Рисунок 1. «Дерево» показателей управления ценообразованием

Доработав, таким образом, в качестве примера, одну из «ветвей» исходного «дерева» (рисунок 1), получаем следующие показатели для проведения оценки:

Показатель P1 подразделяется на:

- P 1.1 – Показатель соответствия ценовой политики типу рынка по территориальному признаку;
- P 1.2 – Показатель соответствия ценовой политики типу рынка по трендовому признаку;
- P 1.3 – Показатель соответствия ценовой политики спросу на рынке;
- P 1.4 – Показатель соответствия ценовой политики предложению на рынке.

Остальные показатели (P2 – P7) декомпозируются аналогичным способом на показатели более низкого уровня, согласно логике «дерева» показателей, изображённого на рисунке 1. Таким образом, мы имеем систему из трёх уровней показателей, поочередный расчет которых, выполненный по средней арифметической, и даст оценку показателя управления ценообразованием на предприятии.

В качестве примера, рассчитаем значения показателя P для предприятий № 1, № 2 и № 3, а результаты сведём в таблицу 1.

Табл. 1.

Оценка показателя управления ценообразованием

Код показателя			№ 1			№ 2			№ 3		
P	P 1	P 1.1	0,83	1	0,85	0,9	0,68	0,9			
		P 1.2		1		0,9		0,9			
		P 1.3		1		0,8		0,8			
		P 1.4		1		0,75		1			
				
	P 7	P 7.1	0,5	0	0	0	1	1			
		P 7.2		1		0		1			

Таким образом, комплексная оценка показателя управления ценообразованием (P) в № 1 и № 2 равна 0,83 и 0,85, соответственно, что, согласно

градации оценок свойства качества по методу Харрингтона, является «превосходным и приемлемым уровнем, превосходящим оптимальный коммерческий уровень» (от 0,80 до 1,00).

Значение рассчитываемого показателя для № 3 не велико, и занимает наименьшее значение из анализируемых предприятий. По применяемой шкале соответствия у данной организации лингвистическая оценка составляет «Хороший и приемлемый уровень, обеспечивающий оптимальный коммерческий уровень» (от 0,80 до 0,63).

Таким образом, проведя анализ причин отклонения от целевого уровня, равного «1», предприятие может, посредством инструмента оценки эффективности управления ценообразованием, усовершенствовать свою систему финансирования за счёт аргументированного обоснования стоимости товаров, работ или услуг, что повысит его экономическую устойчивость и конкурентоспособность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Слащев, Е. В. Оценка эффективности управления издержками в системе стратегического управления предприятием / Е. В. Слащев // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса. – 2012. – № 1. – С. 26–30.

2. Слащев, Е. В. The evaluation of the effectiveness of strategic enterprise management (regional dimension) / Е. В. Слащев, Г. С. Мерзликина // World Applied Sciences Journal. – 2013. – Vol. 23, No. 8. – С. 1025–1031.

3. Слащев, Е. В. Оценка эффективности управления ценообразованием как часть методики оценки эффективности стратегического управления предприятием / Е. В. Слащев, Г. С. Мерзликина // Стратегия и тактика управления предприятием в переходной экономике : сб. матер. XIII ежегод. откр. конкурса НИР студ. и мол. уч. в обл. экон. и упр. «Зелёный росток», апр. 2013 г. / под ред. Г. С. Мерзликиной; ВолгГТУ. – Волгоград, 2013. – Вып. 26. – С. 194–197.

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОМС В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Фарманян Кристина Робертовна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования [1].

Распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19 подвергла к сложностям финансирования системы обязательного медицинского страхования. Увеличение роста заболевших коронавирусом привело к проблемам сбора средств для формирования доходной части бюджета ФОМС, а также с ростом расходов медицинских организаций, как оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19 (увеличение числа лабораторно-диагностических исследований, дорогостоящих лучевых методов исследований, увеличение количества реанимационных коек и т.д.), так и не занятых лечением COVID-19 (затраты на тестирование наличия/отсутствия коронавирусной инфекции, средства индивидуальной защиты, дезинфицирующие средства и т.д.).

Основным источником средств ОМС являются взносы в Федеральный фонд ОМС в размере 5,1 % от фонда оплаты труда, а также взносы субъектов Российской Федерации на страхование неработающего населения. В условиях распространения COVID-19 объективно происходит снижение поступления страховых взносов из-за сокращения работников в силу приостановки либо прекращения производства, снижения уровня зарплат работников, а также снижения ставки для организаций и ИП, включённых в Единый реестр МСП, совокупный объем страховых взносов снижается с 30 % до 15 %.

Решением трудностей стал Федеральный закон от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации", который направлен на реформирование ОМС в рамках доступности оказания медицинских услуг [2].

Новый закон о реформе системы ОМС внёс следующие изменения. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (далее ФФОМС) переданы полномочия страховщиков по контролю и финансированию медицинской помощи, предоставляемой федеральными медицинскими организациями. Теперь Минздрав России, а не ФОМС будет устанавливать нормативы объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, а также нормативы финансовых затрат на единицу предоставления такой помощи [3]. Стоит отметить, что ФФОМС напрямую будет производить расчёты за медицинскую помощь, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления такой помощи федеральными медицинскими организациями, а также займется предъявлением претензий или исков за причинение вреда здоровью застрахованного лица.

Хотелось бы подчеркнуть, что законодательно меняется также механизм оплаты медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС. В бюджете фонда будут обособлены средства на финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС. Речь идет о медпомощи, которую оказывают застрахованным лицам медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС [4].

В пояснительной записке к проекту федерального закона «О внесении изменений в федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"» указано: «уменьшение размера средств, предоставляемых страховой медицинской организации на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, позволит высвободить средства обязательного страхования в объеме до 6,8 млрд. рублей к 2023 году, которые могут быть направлены на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования» [5].

Следует также упомянуть, что подписанный Президентом Российской Федерации закон о бюджете ФФОМС на ближайшие три года определил, что объем доходов бюджета фонда на 2021 год осуществляется в размере 2,533

трлн рублей (на 166 млрд рублей больше, чем в 2020 году), расходов – 2,545 трлн рублей (на 177 млрд рублей больше) с дефицитом 11,5 млрд рублей.

Если сравнивать с 2020 годом, то можно заметить, что в бюджете будет увеличено финансовое обеспечение базовой программы ОМС до 2,276 трлн рублей (с 2,225 трлн рублей, разница – 51 млрд рублей) [3].

Также следует отметить, что в 2021 году расширился спектр услуг, которые можно получить по полису ОМС. Например, расширены возможности диспансеризации, а онкологические диагнозы можно будет перепроверять. ФОМС также отмечает, что пациент теперь вправе выбирать не только поликлинику, но и федеральный медицинский центр, в который может обратиться самостоятельно. В данном случае направление из поликлиники не обязательно. Это связано с пересмотром их финансирования. Федеральные клиники больше не зависят от страховых компаний и регионального бюджета, в силу того, что их единственным заказчиком стал Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. В результате граждане, которым нужна специализированная медицинская помощь, смогут получить ее быстрее и на самом высоком уровне [1].

В заключение хотелось бы отметить, что данная реформа стала очередным шагом на пути совершенствования системы ОМС с целью её соответствия нынешней сложившейся ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Система ОМС в РФ. [Электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/> (Дата обращения: 20.10.2021)
2. Федеральный закон от 8.12.2020 N 430-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" [Электронный ресурс] URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012080105> (Дата обращения: 20.10.2021)
3. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/> (Дата обращения: 21.10.2021)
4. Головань С. А., Десятниченко К. В., Шмакова А. Н. Реформирование системы обязательного медицинского страхования в России: электронный научный журнал The scientific heritage. – № 72. – 2021. – 37 с.
5. Пояснительная записка "К проекту Федерального закона "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и отдельные законодательные акты Российской Федерации" [Электронный ресурс] URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=PRJ&n=123505#b1ld5oS6jsKX57oC1> (Дата обращения: 21.10.2021).

СЕКЦИЯ 5. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ

UDC 616.351

ANTI-CANCER ACTIVITY OF NEW AZOLOAZINES DERIVATIVES AND EPIRUBICIN IN VIVO AND IN VITRO AGAINST HUMAN BREAST CANCER CELL LINES

Ahmed Hamid Al-Humairi

*Russian Federation, Volgograd State Medical University
PhD student of the Department of Theoretical Biochemistry
with clinical biochemistry course, Faculty of Biomedical*

Introduction. Breast cancer has a high incidence and mortality in the world and is an urgent and still unresolved problem of oncology. Well-known antitumor drugs are not effective enough, they are quite highly toxic, and the chemoresistance of tumor cells is rapidly developing.

Breast cancer is a serious disease that requires constant scientific research, search and improvement of new methods of diagnosis and treatment. The work is devoted to determining the cytotoxic activity of new azolotriazine derivatives in order to establish the potential possibility of their use as anti-tumor agents, including for chemotherapy of metastatic breast cancer. The relevance of the work is due to the wide spread of oncological diseases and high mortality from them, which dictates the need to constantly obtain cell lines and improve cultivation protocols for testing new antitumor drugs and obtaining new information about the chemistry of cancer.

In this regard, it is relevant to study the regularities of the antitumor effect of substances with cytotoxic effects on cell models and during xenotransplantation of human cancer cells to mice. Solving this problem will make it possible to develop new potential antitumor drugs.

This study is conducted in the specialty "clinical pharmacology" in integration with pharmacology, oncology, biochemistry, and molecular biology.

It is expected that the present study will offer a new chemotherapeutic approach, with relatively lower toxicity and higher specificity for breast cancer cells.

The *in vivo* study was conducted in accordance with the principles of bioethics, modern requirements for the use of human material and laboratory animals: standards for keeping, breeding, feeding and caring for animals, providing laboratory animals as part of indications for use for scientific purposes, since they represent a model of a high – lethal risk disease-human breast cancer. Studies on the effect of substances on xenogenic tumors were performed on mice obtained from a nursery of laboratory animals.

The purpose of the research – to study the cytotoxic and cytostatic properties of pharmacologically active chemicals and the use of tumor cell cultures with subsequent experimental justification for the creation of drugs for the treatment of cancer based on them.

Materials and methods. For the *In vitro* model, a culture of enhanced adenocarcinoma cells was used. Cytotoxicity was evaluated using computerized flow cytometry against solutions of antitumor drugs of the same concentration on cell cultures.. All quantitative data were subjected to statistical processing by methods generally accepted for biomedical research using software packages Statistica 12.0 (Microsoft, USA): RR, CI, ANOVA, logistic regression analysis.

The study used methods of culturing MCF-7 cells and determining cytotoxicity in a methyltetrazolium test. Epirubicin, widely used in breast cancer chemotherapy, was used as a comparison drug.

The *in vivo* study will be conducted in accordance with the principles of bioethics, modern requirements for the use of human material and laboratory animals.

All procedures with animals in the study will be carried out in accordance with the generally accepted ethical standards for the treatment of animals adopted by the European Convention for the Protection of Vertebrates Used for Experimental and Other Scientific Purposes (1986) and taking into account the International Recommendations of the European Convention for the Protection

of Vertebrates Used in Experimental Research (1997). Studies on the effect of substances on xenogenic tumors are supposed to be performed on mice obtained from the nursery of laboratory animals.

The experimental model is prepared by preliminary immunosuppression of mice with cyclosporine, after which 7 log of malignant cells are injected into the subcutaneous tissue of the abdominal wall. The prepared xenographic model of breast cancer is a model of neoplastic decay.

Animals with grafted EHBAC cells are divided into 3 groups:

Group 1 (N=6) – intact

Group 2 (N=6) – control (grafted malignant cells)

group 3 (N=6) – control+substance

Euthanasia of animals will be carried out using the drug " sodium thio-pental.

Morphological examination. The degree of differentiation and prevalence of the tumor in the tissue, as well as the nature of metastasis, were studied by analyzing histological sections after the animals were removed from the experiment. The possibilities of classical light and fluorescence microscopy (markers of the MCF-7 – PR, ER- α , BRCA1 line) were used for visualization and morphometric study of cells and tissues.

Results. As a result, it was found that not all substances have toxic properties, despite the similar chemical structure and mechanism of action on the cell. The least toxic substances were SE11 and SE12, in which, at the maximum studied concentration of 0.1 M, cell survival was 86% and 75%, respectively. The most toxic compounds against MCF-7 cells are SE4 and SE9 derivatives. With cytotoxicity indicators higher by 31.2% (derivative 4) and by 16.9% (derivative 9), compared with Epirubicin.

The obtained data can be used as a basis for the selection of substances SE4, SE9 and SE9 for further study of their properties in cell models and laboratory animals as substances with potential antitumor activity. The active substances have been tested on normal cells and have shown their anticancer efficacy to a lesser extent compared to tumor cells.

The antitumor activity of three new derivatives of azoloazines, selected according to the results of cytotoxic tests using a culture of tumor cells, was revealed in a xenogenic model of breast cancer in mice.

Summary. The development and introduction into practice of new information about the cytotoxic and action of new azolotriazine derivatives will expand the understanding of the mechanisms and targets of the cytotoxic and action of potential antitumor drugs, which will improve the effectiveness of breast cancer treatment, reduce the severity of side effects and complications of chemotherapy in oncological practice.

For the treatment of patients with early and late stages of cancer, a new chemotherapeutic approach may be proposed, which has relatively less toxicity and relatively higher specificity for tumor cells.

REFERENCES

1. Arnedos M., Vicier C., Loi S., Lefebvre C. Precision medicine for metastatic breast cancer limitations and solutions // *Nat. Rev. Clin. Oncol.* -2015. – Vol. 12. – P. 693–704.
2. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA Cancer J. Clin.* – 2018. – Vol. 68. – P. 394–424.
3. O'Shaughnessy J.A., Kaufmann M., Siedentopf F., et al. Capecitabine monotherapy: review of studies in first-line HER-2-negative metastatic breast cancer // *The Oncologist.* – 2012. – Vol. 17. – P. 476–484.

PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE: MAIN PROBLEMS AND INDICATORS

Madeswaran Anbuselvan

*India, Russia, Volgograd State Medical University
Scientific supervisor: Candidate of Economics,
Associate Professor Svetlana Soboleva*

Introduction: Public health refers to health care and health promotion that targets a whole population or a particular group within the population. Public health seeks to improve the health of the whole community with an emphasis on protection, prevention of disease, and promotion of well-being. The key themes in the concept are populations, prevention, and equity.

Health care (also health-care or healthcare) is the maintenance or improvement of health via the prevention, diagnosis, treatment, amelioration, or cure of disease, illness, injury, and other physical and mental impairments in people. Health care is delivered by health professionals and allied health fields.

Main problems: Public health is the science of protecting and improving the health of people and their communities. This work is achieved by promoting healthy lifestyles, researching disease and injury prevention, and detecting, preventing and responding to infectious diseases. Overall, public health is concerned with protecting the health of entire populations. These populations can be as small as a local neighbourhood, or as big as an entire country or region of the world. The main problems are

Alcohol-related harms: Approximately 88,000 deaths per year in the United States are attributed to excessive alcohol consumption. The short-term health risks of excessive alcohol use include: injuries such as motor vehicle crashes, falls, drownings and burns; violence such as homicide, suicide and sexual assault; alcohol poisoning; risky sexual behaviour's ; and miscarriage and stillbirth among pregnant women. Long-term health risks can develop as well: high blood pressure, heart disease, stroke, liver disease and digestive problems; cancer; learning and memory problems; mental health problems; social problems; and alcoholism.

Food safety: Foodborne illness is preventable, and the CDC and USDA take

a leading role in promoting food safety at the federal level.

Healthcare-associated infections: Healthcare-associated infections (HAIs) happen when patients are being treated in a healthcare facility. Every day, about one in 25 patients in hospitals acquire an HAI such as central line-associated bloodstream infections, catheter-associated urinary tract infections and surgical site infections. The CDC and its partners have developed tools and resources to prevent HAIs.

Heart disease and stroke: Both heart disease and stroke are leading causes of death in the United States. About 610,000 people die of heart disease each year. Prevention focuses on addressing high blood pressure, high LDL cholesterol and smoking. Meanwhile, there are about 130,000 deaths due to stroke annually. Because stroke can affect mobility, it is a major cause of disability as well.

Motor vehicle injuries: More than 32,000 people die and another 2 million sustain injuries from motor vehicle accidents each year. One-third of deaths involve drunk driving and almost another third involve speeding. The CDC emphasizes seat belt use for adults, car seat use for children and driving without distractions or impairments like alcohol and drugs.

Nutrition, physical activity and obesity: The general population is aware that poor nutrition, lack of physical activity and obesity are causing numerous health problems. The CDC is tackling this complex public health issue beginning with schools, which should provide a quality meal program and ensure only healthy foods and beverages are available to students. As part of obesity prevention, multiple organizations can help individuals know their body mass index, maintain a healthy weight and incorporate physical activity into their lives.

Tobacco use: Approximately 16.8 percent of adults ages 18 and older smoke, or 40 million Americans. The percentage continues to decline, but smoking is still a prominent health concern in the United States. It is the leading cause of preventable disease and death. The CDC recommends increasing the price of tobacco products, establishing state-wide smoke-free policies to protect non-smokers from second-hand smoke and sustaining tobacco control program funding.

Indicators: Public Health indicators are quantifiable characteristics of a

population which researchers use as supporting evidence for describing the health of a population. Typically, researchers will use a survey methodology to gather information about certain people, use statistics in an attempt to generalize the information collected to the entire population, and then use the statistical analysis to make a statement about the health of the population. Some of these are

Health Indicators:

Crude death rate

Life expectancy

Infant mortality rate

Maternal mortality rate

Khandelwal mortality

Conclusion: A proactive primary care approach has a crucial role in promoting healthier lifestyles through every contact with the public. Primary care professionals should “make every contact count”, which is about making healthy life a priority. Primary care physicians and nurses will need to be trained in Public health to become proactive in promoting health and well-being.

REFERENCES

1. https://en.m.wikipedia.org/wiki/Public_health
2. <https://www.rivier.edu/academics/online/resources/program-resources/top-10-public-health-challenges/>
3. [https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services#:~:text=Public%20Health%20is%20defined%20as,Acheson%2C%201988%3B%20WHO\).&text=Public%20health%20focuses%20on%20the,the%20eradication%20of%20particular%20diseases.](https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services#:~:text=Public%20Health%20is%20defined%20as,Acheson%2C%201988%3B%20WHO).&text=Public%20health%20focuses%20on%20the,the%20eradication%20of%20particular%20diseases.)

HEALTH CARE PROBLEMS AND INDICATORS

Nandhini Muniyappan

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра экономики и менеджмента*

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

Public health refers to health care and health promotion that targets a whole population or a particular group within the population.

The goal of public health is to improve health outcomes for populations through the achievement of the objectives of preventing disease and the health consequences of environmental hazards and natural or man-made disasters. By identifying the main problems and indicators, we can improve the health outcomes and therefore meeting the requirements to create a stable environment.

By identifying and resolving the main problems of healthcare, we can strive to make the quality which reduces mortality and by following the indicators with which we can improve quality of healthcare. There are many methods like low cost and efficient health care, education, promoting vaccines, and quality.

By resolving the problems and following the indicators reduces the chance to failure and redundancy. Some of the measures that can be taken could be management of lack of real-time situation management which can be resolved by real time metrics. The key to this problem can be communication. With communication, people can know about real-time situations, precautions especially during a pandemic. As we resolve our problems, by following the indicators, it can make a difference. As the saying goes «Prevention is better than cure» creating awareness among people is an important aspect so they can take action to prevent it. Promoting healthy Behaviors is another one of the things to look at as it prevents people from self- harm and increases support, enthusiasm, stimulate self-care.

The COVID-19 pandemic has underscored the importance of investing in public health infrastructure and public health systems. Not only systems

to identify as early as possible potential outbreaks of disease, but also the systems to respond to those diseases, the systems to educate the public, and all of the programs and policies that are designed to help individuals be as healthy as possible.

Workload, PPE, social acceptance, mental health, incentives, coping techniques, coordination, and direction of respondents during the COVID-19 pandemic were among the seven themes which were the most common challenges posed during the pandemic. The most difficult challenge is the shortage of medical workers due to which the workload increased several times during outbreak.

Mental health is one of the important aspect to look at during the pandemic as isolation, fear, anxiety has triggered many people and healthcare professionals. Raising an awareness in coping such as Physical activity and relaxation techniques can be valuable tools to help remain calm and continue to protect health will be the key to this problem.

Indicators are essential for health service planning, monitoring, and evaluation which can be helpful in the identification of healthcare problems. A fundamental purpose of a health system is to provide all individuals in need with the essential healthcare services, leading to increase in population's health which ultimately leads to resolving healthcare problems. Indicators can be used in the form of electronic devices which can be useful in storing data, analyzing them and can indicate when a problem arises. They are also useful in access to information in easier way. The changes noticeable are these can be used in identifying relevant data sources for each specified measure or recommending a new data collecting effort to deliver the needed information which can cause less workload and to access all information.

Overall improving the quality and performance in the healthcare environment can help in promoting healthy behaviours, improved healthcare standard and awareness can resolve the problems of the main problems of public health and healthcare.

REFERENCES

1. <https://www.clearpointstrategy.com/healthcare-problems-and-solutions/>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2661849/>

**PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE :
MAIN PROBLEMS AND INDICATORS**
Thumma Rock Sagayaraj Yashmin Sabastina

*India, Russia, Volgograd State Medical University
Scientific supervisor: Candidate of Economics,
Associate Professor Svetlana Soboleva*

Introduction: Public health is very important because now a days in the busy life schedule that maintenance of health is becoming less and also balancing diet is very important for the day today life.

Personal hygiene is very important aspect when we speak about the public health because the hygiene and the lifestyle of every single person is taken a wide part of maintaining public health and healthcare.

Healthcare and public health are inter-related because of maintaining health of people the healthcare facilities should be proper like good and high tech facilities in hospitals, nursing homes etc. Basic needs of people are actually to get and to lead a healthier life without cause of any diseases.

Main problems and indicators: public health is the science of protecting and improving the health of people and their communities. This work is achieved by promoting healthy lifestyles, researching disease and injury prevention, and detecting, preventing and responding to infectious diseases. Overall, public health is concerned with protecting the health of entire populations. These populations can be as small as a local neighbourhood, or as big as an entire country or region of the world.

Eventhough we try to maintain a healthy society there are some problems that people always face. Each country government puts more effort for keeping their peoples health in a great way. The government introduces many policies for the peoples but the actual problem is that all people are not getting all medical facilities because they might be not much aware of those facilities. Important indicators.

Most importantly, indicators can help to simplify a complex array of information concerning the health, environment and development nexus. In this respect, they are important for informing the public and decision-makers

abey health and environmental problems, and actions required for their management.

Health Indicators:

- Crude death rate.
- Life expectancy.
- Infant mortality rate.
- Maternal mortality rate.
- Khandelwal mortality.
- Life expectancy is an important health status indicator based on the average number of years a person at a given age may be expected to live given current mortality rates. Life expectancy can be measured at birth (age 0), which is most commonly used for national and international comparisons

Population is one of main and biggest problems which has been faced in healthcare facilities .In some vast countries the population is too high so the medical facilities are less so it`s hard to get all medical facilities for all the citizens of their countries.

Conclusion: In my point of view, the intake should be proper in this busy world and self hygiene is quite important. To lead a healthier environment we should aware of what we do and what should be done.

Reference

1. <https://www.aihw.gov.au>
2. <https://www.sciencedirect.com › medicine-and-dentistry>.

**МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
ПРИ СОЗДАНИИ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА
ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ**
*Абдреева Юлия Ивановна, Гинсбург Мария Владимировна,
Максимова Маргарита Николаевна*

Россия, Казанский государственный медицинский университет

В 2019 году Министерством здравоохранения РТ совместно с Министерством труда, занятости и социальной защиты РТ в рамках регионального проекта «Старшее поколение» Национального проекта «Демография» реализуется пилотный проект по созданию системы долговременного ухода (далее – СДУ) за гражданами пожилого возраста и инвалидами [1]. В создании СДУ участвуют 83 учреждения социального обслуживания, 93 медицинских организации.

Внедрение СДУ осуществлялось поэтапно: внедрена в 7 районах республики в 2019 г., услугами СДУ было охвачено 1 638 человек (12 % от нуждающихся в социальном обслуживании); в 13 районах в 2020 г. услугами СДУ охвачено 3 682 человека (16,1 % от нуждающихся в социальном обслуживании); во всех муниципальных образованиях РТ в 2021 году услугами СДУ планируется охватить 5,8 % от нуждающихся в долговременном уходе граждан старшего трудоспособного возраста и инвалидов. На 01.11.2021 охвачено 4 273 человека (22,4 % от нуждающихся в долговременном уходе).

С 2019 по 2020 годы отработано межведомственное взаимодействие с медицинскими организациями по выявлению граждан, нуждающихся в СДУ, по предоставлению медицинских и социальных услуг, по координации, мониторингу и контролю за реализацией; созданы мультидисциплинарные бригады.

Совместными приказами Министерства труда, занятости и социальной защиты РТ и Министерства здравоохранения РТ были определены: участвующие в проекте организации; официальные формы документов, которые заполняют организации социального обслуживания и медицинские организации; определен механизм межведомственного взаимодействия.

При выявлении нуждающихся в постороннем уходе пожилых и инвалидов медицинская организация: проводит комплексную оценку физического состояния и психического здоровья пожилого (инвалида), функционального статуса; составляет план лечебно-реабилитационных мероприятий в рамках СДУ; в течении 3х дней передает сведения в орган социальной защиты [1; 3].

Орган социальной защиты организует обследование условий жизнедеятельности гражданина, оценку его индивидуальной нуждаемости в услугах СДУ, определение набора услуг и формы обслуживания.

С 2020 года межведомственное взаимодействие осуществляется в Информационной системе «Социальный регистр населения в Республике Татарстан», создан специальный модуль «Система долговременного ухода», который позволяет не только обмениваться данными о пожилых (инвалидах), нуждающихся в СДУ, но также аккумулировать данные о получателях социальных и медицинских услуг в рамках долговременного ухода.

В 2019 г. было заключено Соглашение о межведомственном взаимодействии со «Службой 112» о передаче данных об одиноких пожилых и инвалидах, нуждающихся в посторонней помощи. В 2021 году подписаны соглашения с ГУ – Отделением Пенсионного фонда Российской Федерации по Республике Татарстан (ОПФР по РТ) и ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан» (МСЭ по РТ).

Клиентскими службами ОПФР по РТ пожилые и инвалиды опрашиваются по анкете «Возраст не помеха». По результатам выявляются граждане, нуждающиеся в постороннем уходе, информация о таких гражданах (с их письменного согласия) ежемесячно передается в отрасль. МСЭ по РТ ежемесячно передает сведения об инвалидах, имеющих III степень ограничения способности к самообслуживанию. Сведения, полученные от МСЭ и ОПФР по РТ, направляются в отрасль социальной защиты для выхода к гражданам, предоставления им данных о порядке и условиях предоставления социальных услуг, в случае согласия получать социальные услуги – проведения их типизации, признания нуждающимися в социальном обслуживании, составлении программы предоставления социальных услуг, индивидуальной для клиента.

В 2021 году в рамках межведомственного взаимодействия были выявлены 2 346 чел., нуждающихся в постороннем уходе.

В рамках долговременного ухода:

1) организован совместный патронаж медицинских и социальных работников в отношении получателей услуг по долговременному уходу, отнесенных к третьему уровню нуждаемости в постороннем уходе:

- медицинский патронаж на дому осуществляется по медицинским показаниям: врачом-терапевтом (врачом общей практики) – не реже 1 раза в месяц; медицинской сестрой – не реже 1 раза в 2 недели [3];

- социальным работником ведется индивидуальный дневник наблюдения за общим состоянием получателя услуг СДУ, где отражаются показатели давления, температуры, отметки о контроле питьевого режима, приема лекарств и т.д. При проведении медицинского патронажа производится анализ состояния здоровья получателя услуг и при необходимости вносятся коррективы в лечение [3];

2) для всех получателей услуг по долговременному уходу разработаны индивидуальные планы ухода, где отражены проблемы, имеющиеся ресурсы, прописан подробный перечень мероприятий;

3) внедряются стационарозамещающие технологии, направленные на создание условий для максимально долгого проживания пожилых, инвалидов в дома: действуют 30 приемных семей для пожилых людей; «Школа ухода» – за 2019–2021 гг. прошли обучение принципам ухода за маломобильными гражданами на дому 3,7 тыс. человек (в 2021 г. – 1 692 чел.; в 2020 г. – 1 791 чел.; в 2019 г. – 234 чел.); услуги «Сиделки» – за 2019–2021 гг. услугами охвачены 1 422 чел., в 2021 г. оказываются 2 негосударственными организациями (в 2021 г. – 454 чел.; в 2020 г. – 775 чел.; в 2019 г. – 193 чел.);

услуги 14 отделений дневного пребывания и 39 групп для граждан пожилого возраста и инвалидов за 2020–2021 гг. получили 1 025 пожилых, имеющих когнитивные нарушения, и инвалидов с нарушением интеллекта, с расстройствами аутистического спектра (в 2021 г. – 866 чел.; в 2020 г. – 159 чел.);

на базе 15 комплексных центров социального обслуживания населения открыты пункты проката ТСР, услугами воспользовались в 2021 году 290 человек (в 2020 году действовали 4 пункта проката, услугами воспользовались 394 человека) [2].

СДУ внедряется как для пожилых, которые живут дома, так и для пожилых, находящихся в стационарах. В 2019 году приобретено оборудование и средства малой реабилитации., с 01.02.2020 увеличено количество ставок нянь на 196 ед. для осуществления ухода [1; 2]. Осуществляется дальнейшее развитие гериатрической и паллиативной службы, и помощи.

Внедрение СДУ потребовало обучения кадров. В 2019 году обучены 292 работника учреждений социального обслуживания, в 2020 году – 302 работника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.03.2021 № 198 «О системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан».

2. Максимова М. Н., Мутигуллина Д. Д. Анализ опыта внедрения системы долговременного ухода в комплексных центрах социального обслуживания населения РТ // Экономика регионов: тенденции развития (научный анализ и практика деятельности): монография; под общей ред. проф. С. Г. Емельянова; (Отв. ред. проф. О.И. Кириков). – М.: Наука: информ; Воронеж : ВГПУ, 2020. – 171 с. (С. 139–156).

3. Методические рекомендации Минздрава РФ (РКНПЦ) «Организация оказания медицинской помощи по дому пациентам пожилого и старческого возраста полностью или частично утратившим способность к самообслуживанию».

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У СУДОСТРОИТЕЛЕЙ ***Абрамов Арсений Артемович***

*Россия, Астраханский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Шаповалова Марина Александровна*

Вопросы экономической активности населения тесно связаны с уровнем здоровья населения как фактора профотбора и профпригодности. Сохранение рабочего места, поддержание рабочего имиджа снижает уровень медицинской активности работников, искажает данные медицинской статистики и приводит к хронизации патологии, росту заболеваемости, в том числе со стойкой утратой трудоспособности, и преждевременной смертности.

Рост заболеваемости на фоне снижения обращаемости за медицинской помощью отражает накопление патологии в человеческой популяции. Возрастание показателей общей заболеваемости затронуло практически все классы патологии как у взрослых, так и у детей.

Научные исследования, посвященные изучению здоровья трудоспособного населения, включают оценку воздействия вредных производственных факторов на здоровье населения [1,2].

Национальные государственные программы позволяют решать проблемы сохранения и укрепления здоровья населения комплексно. Особое внимание государством уделяется здоровью трудоспособного населения, в том числе по отраслям деятельности.

В связи с высокой степенью государственной важности судостроительной отрасли с одной стороны и наличием производственных вредностей у судостроителей-мужчин – с другой, возникла объективная необходимость изучения неврологической заболеваемости, обусловленной в том числе, контактом с производственными вредностями.

Изучение заболеваемости работников судостроительных и судоремонтных предприятий города Астрахани проводилось по данным обращаемости в Астраханскую клиническую больницу и данным профилактических медицинских осмотров.

В результате проведения профилактических медицинских осмотров судостроителей и судоремонтников города Астрахани выявлен двукратный, статистически значимый ($p < 0,05$) рост заболеваемости от 3680 ‰ в 2015 году до 6254,5 ‰ в 2017 году.

В изученном трехлетнем периоде от 2015 до 2017 гг. болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимали третье место в структуре причин заболеваемости судостроителей, составляя 22,5 %. Болезни нервной системы занимали четвертое место, составляя 6,9 %. Болезни нервной системы имели склонность к снижению. При этом абсолютный прирост составлял 0,4 % в 2016 году, 1,3 % в 2017 году, цепной темп роста – 91,7 % в 2016 году и 72,7 % в 2017 году, базисный темп роста – 91,7 % в 2016 году и 66,7 % в 2017 году, абсолютное значение 1 % снижения составляло 0,05.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шаповалова М. А., Корецкая Л. Р. Анализ госпитализированной заболеваемости и оценка потребности в медицинской помощи в неврологическом отделении // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко.- 2016.- № 4. – С. 117–125.

2. Шаповалова М. А., Мамедов И. Г., Удочкина К. Н. Анализ технологии изучения здоровья трудоспособного населения в научной практике организации здравоохранении // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 4. – С. 126–137.

ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абрамова Дарья Алексеевна

Россия, Астраханский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доктор медицинских наук,

профессор Шаповалова Марина Александровна

Современные демографические тенденции в РФ носят преимущественно депрессивный характер. В естественном движении населения процессы смертности доминируют над процессом рождаемости, в результате чего имеет место сокращение общей численности населения, численности населения трудоспособного возраста, возрастание демографической нагрузки на трудоспособные возраста, снижение ВВП в результате снижения количественного и качественного состава населения, сокращения человеческого потенциала.

Биосоциальной, генетической, медицинской, экономической платформой для наращивания человеческого потенциала (капитала) является здоровье детей раннего возраста, отражающее эндогенные и экзогенные характеристики здоровья женщин-матерей, уровни и качество оказания медицинской помощи в системе детства и родовспоможения, эффективность управления механизмами организации медицинской помощи женщинам и детям [1, 2].

Ранний детский возраст является критически важным периодом, в течение которого ребенок должен получать питание и уход, обеспечивающие его оптимальное развитие.

Состояние здоровья новорожденных было обусловлено, в первую очередь, эндогенными факторами – здоровьем женщин-матерей. Выявлено, что уровни патологии беременности у женщин, родивших девочек, были выше аналогичных у родивших мальчиков: 1707,7 ‰ и 1425,4 ‰ – недоношенных девочек и мальчиков, 938,4 ‰ и 884,3 ‰ – доношенных девочек и мальчиков, 942,5 ‰ и 846,2 ‰ – переношенных девочек и мальчиков соответственно. Различия были достоверными ($p < 0,05$).

Уровни патологии родов среди родивших девочек были выше (438 ‰), чем аналогичные среди родивших мальчиков (336,2 ‰) ($p < 0,05$).

Уровни экстрагенитальной патологии среди женщин, родивших недоношенных мальчиков и девочек практически не отличались друг от друга (425 ‰ и 423 ‰ соответственно), у родивших доношенных девочек были выше, чем у доношенных мальчиков (402 ‰ и 341 ‰ соответственно), у родивших переношенных мальчиков – незначительно, но достоверно выше, чем у родивших переношенных девочек (401,5 ‰ и 346 ‰ соответственно).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шаповалова М. А., Бучин В. Н., Резаев А. А., Симонов С. Н., Ярославцев А. С. Состояние здоровья популяции новорожденных в районе, прилегающем к астраханскому газовому комплексу // Педиатрия. журнал им. Г. Н. Сперанского. 1994. т. 73. – № 5. – С. 29-32.
2. Бойко Ю. П., Шаповалова М. А., Угурчиева Х. Ю., Гараева А. С., Орлов Ф. В., Кашкарова И. А., Абрамова Д. А. Медико-социальный портрет женщин-родильниц (по данным областного перинатального центра, г. Астрахань) // Медицинский вестник МВД. – 2020. Т. 109. – № 6 (109). – С. 14–16.

ПРОБЛЕМЫ АНТИКОРОНАВИРУСНОЙ ПРОПАГАНДЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ

***Абросимова Дарья Андреевна,
Варнакова Екатерина Владимировна***

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, кандидат экономических наук,
доцент Днепроовская Ирина Валерьевна*

Эпидемия вируса может вызвать стресс и тревогу у любого человека. Дети подвержены им в большей степени. Данная статья призывает обратить особое внимание на чувства, эмоции и понимание детей ситуации, связанной с COVID-19. В статье будут разобраны общие положения коронавирусной инфекции, меры антикоронавирусной пропаганды, а также проблемы антикоронавирусной пропаганды среди детей.

В современном обществе значительное воздействие на сознание человека оказывает получаемая им информация из вне. Источниками данной информации зачастую являются СМИ и окружающие нас люди. В сложившихся условиях распространения вируса COVID-19 на людей обрушился поток информации, в том числе антикоронавирусной пропаганды, отфильтровать который бывает весьма затруднительно.

Пропаганда (лат. *Propaganda* дословно – «подлежащая распространению (вера)», от лат. *Propago* «распространяю») – распространение фактов, аргументов, слухов и других сведений, в том числе заведомо ложных, для воздействия на общественное мнение. Существуют различные виды пропаганды, среди них особенно известна классификация Жака Эллюля: политическая, социологическая, вертикальная – горизонтальная, рациональная – иррациональная, агитационная – интеграционная и др. В чистом виде практически ни одна из них не существует. Пропаганду антикоронавирусной инфекции можно отнести к социологической: эта пропаганда направлена на то, чтобы повлиять на как можно большее количество личностей и навязать им свой образ жизни, она формирует не мнение и поведение, а стремится к изменению модели культуры и созданию нового образа жизни и обычаев, среди носителей социологической пропаганды выделяют медиа, рекламу,

кино, технологии и образование. Также пропаганда антикоронавирусной инфекции является вертикальной: классический тип пропаганды, где есть административный аппарат, который распространяет пропаганду сверху вниз через средства массовой информации, рациональной, которая основывается на конкретных фактах, графиках, видео и т.д. (что есть рациональная аргументация), и направлена на убеждение и агитационной.

Рекламой кампании по вакцинации населения главным образом занимается АНО «Национальные приоритеты». Ее работа признана властями недостаточно действенной и проработанной: в администрации президента посчитали выпущенные организаторами иммунизационные ролики слишком негативными и агрессивными. Идеологи новой программы полагают, что кампания «Пропаганда вакцинации 2.0» должна стать более мягкой и убедительной. После просмотра новых роликов у населения должно сформироваться убеждение, что прививка дает людям шанс на полноценную жизнь. Однако, из-за низких темпов вакцинации распространение инфекции вновь ускорилось. Вследствие чего с 30 октября по всей стране объявлен новый локдаун, который неминуемо нанесет очередной удар по и без того ослабленной экономике.

Между тем, страны, мягко сумевшие убедить население в необходимости прививок и достигшие 70%-ного и выше показателей вакцинации, уже смогли вернуться к нормальной жизни, отменили обязательное ношение масок и приступили к восстановлению своего экономического благосостояния.

Ранее власти сообщали, что к началу осени для формирования коллективного иммунитета в стране было необходимо привить не менее 60% жителей. Однако эти планы оказались не выполнены.

Пандемия COVID-19 и связанное с ней увеличение нагрузки на систему здравоохранения могут привести к росту показателей детской смертности. Об этом сообщили эксперты ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). Они подчеркнули, что из-за перераспределения ресурсов в секторе общественного здравоохранения страны уделяют меньше внимания проблемам матерей и детей.

Коронавирус значительно изменил привычный для всех уклад жизни, из-за чего дети могут быть напуганы, испытывать беспокойство или не понимать, что происходит. Дети реагируют на стресс по-разному: они могут

настойчиво требовать внимания взрослых, становиться тревожными, замкнутыми, неприветливыми или избыточно оживленными, начинают мочиться в постель и т.д. Данной проблеме уделяет внимание ряд организаций, психологов и писателей, как за рубежом, так и в России.

Одним из ярких примеров внимания к сложившейся ситуации является новая книга для детей в возрасте с 6 до 11 лет, которая стала результатом сотрудничества более чем 50 организаций, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, Красный Крест и Управление ООН по делам беженцев – «Ты мой герой: как дети борются с COVID-19». Книга уже переведена на шесть языков, включая русский. Она подробно и доходчиво объясняет, как дети могут справиться с COVID-19. Также, одним из способов снижения психологического давления, осведомления детей о новой коронавирусной инфекции и способах ее предотвращения являются игры, связанные с осведомлением детей ситуации, происходящей в данный момент.

Ряд психологов отмечает, что именно в игровой форме детям легче воспринимать информацию, игра позволяет выразить свои эмоции и при этом выступает важной формой развития ребенка. Отметим, что зарубежные страны придерживаются той же концепции, так в Швейцарии запустили компьютерную игру CoronaQuest, которая помогает школьникам освоить методику защиты от Ковид-19 и преодолеть страх перед пандемией. Эта игра существует на 11 языках. Интересно, что это не просто развлечение, но еще и педагогическая методика, рекомендованная в Швейцарии учителям для использования в классе. Кроме этого, ученые Волгоградского государственного медицинского университета разработали проект, направленный на популяризацию правильного поведения в период пандемии. Детская настольная игра «СТОП ВИРУС PRO» позволит в игровой, доступной форме донести до детей важную информацию о коронавирусе и соблюдении гигиенических правил и норм. Обучающая методика ВолгГМУ содержит видеоконтент, разработанный специально для детей и подростков, с учетом возрастных особенностей восприятия информации. Игра «СТОП ВИРУС PRO» уже прошла первичную апробацию.

Исходя из всего вышесказанного следует, что новая коронавирусная инфекция опасна как для физического, так и для психологического здоровья. В значительной степени моральному давлению подвержено подрастающее

население, чему следует уделять особое внимание. Чтобы уберечь детей от коронавирусной инфекции и психологического напряжения, необходимо правильно и своевременно доводить правила поведения в условиях пандемии в доступном, удобном и интересном формате, в частности, посредством обучающей методики антикоронавирусной пропаганды для детей и подростков «СТОП ВИРУС PRO».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волгоградский государственный медицинский университет/ новости сайта «Правила поведения школьников в период коронавируса в игровой форме»/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://www.volgmed.ru/ru/news/content/2021/08/31/10351/> Дата обращения – 20.10.2021.

2. VC.RU «Что такое пропаганда? Устройство технологий пропаганды. Полный список с описанием сути приёмов»/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://vc.ru/u/574854-alexey-chernysh/216062-chto-takoe-propaganda-ustroystvo-tehnologiy-propagandy-polnyy-spisok-s-opisaniem-suti-priemov> Дата обращения – 20.10.2021.

3. «Модель пропаганды Жака Эллюля»/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://ms.detector.media/manipulyatsii/post/13172/2015-05-03-model-propagandy-zhaka-jellyulya/> дата обращения – 01.11.2021.

4. «Пандемия COVID-19 может привести к росту детской смертности» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://www.sb.by/articles/pandemija-covid-19-mozhet-privesti-k-rostu-detskoj-smertnosti-406019-2020-sb.html> Дата обращения – 03.11.2021.

5. «Новые известия» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://newizv.ru/news/politics/28-10-2021/kommersant-kreml-schel-kampaniyu-propagande-vaktsinatsii-neeffectivnoy> Дата обращения – 03.11.2021.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ
ПО ПРОФИЛЮ «ТРАВМАТОЛОГИЯ – ОРТОПЕДИЯ»
НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**
Абубакаров Шамиль Махамад-Саидович

*Россия, Астраханский государственный медицинский университет (АГМУ)
Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Шаповалова Марина Александровна*

Травматизм – это одна из основных причин смерти в возрастной группе 15–29 лет и занимает 2-ое место в списке основных причин смерти молодых людей в возрасте 5–14 лет. Основными тремя причинами смерти от травм являются суицид (141 089), падения с высоты (83 325) и дорожно-транспортный травматизм. Травматизм обуславливает 5,3 % смертности от всех причин и 9,6 % от общего числа потерянных лет здоровой жизни. (78 198). [© Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.].

Организация травматологической помощи детскому населению имеет наиважнейшее значение в проблеме лечения детей с повреждениями. Достижение эффективных результатов возможно при условии системного подхода в организации службы, включающей набор специализированных учреждений и амбулаторного звена, объединенных между собой тесным взаимодействием с управленческим, методическим и лечебно-диагностическим элементами. Одним из самых значимых подразделений этой системы необходимо считать амбулаторное звено. Это обусловлено тем, что более 91–94 % детей с травмами лечатся амбулаторно и только 6–9 % – в стационарах.

При этом отсутствие преемственности, недостаточный уровень организованности детской травматологической службы, отсутствие полноценного травматологического пункта в структуре областной детской клинической больницы им. Н. Н. Силищевой с кабинетом первичного и вторичного приема в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ, кадровый голод, особенно в районах, недостаточное знакомство специалистов, ориентированных в вопросах общей хирургии, с особенностями течения и

лечения травматолого-ортопедической патологии характерных для детского возраста, нередко приводит к неблагоприятному исходу.

Выводы:

1. Необходимо спроектировать эффективную систему организации травматологической помощи детскому населению на примере Астраханской области.

2. Необходимо рассчитать потребность в организации полноценного травматологического пункта в структуре ОДКБ им. Н. Н. Силищевой для оказания в полном объеме травматологической помощи детскому населению в Астраханской области.

3. Разработать комплекс рекомендаций повышения уровня и качества травматологической помощи детскому населению на основе медико-экономического и статистического анализа и моделирования.

4. Необходимо повышение уровня знаний, практических навыков специалистов травматологов – ортопедов, хирургов первого и второго уровней оказания медицинской помощи по диагностике и лечению детей с травматолого – ортопедической патологией.

5. Обеспечить укомплектованность кабинетов специалистов согласно стандарту оснащения по профилю "травматология и ортопедия".

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Салимзода, Н. Ф. Клинические направления совершенствования национальной системы организации медицинской помощи при травмах и ортопедических заболеваниях / Н. Ф. Салимзода // Вестник Авиценны – Душанбе. – 2016. – № 2 (67). – С. 113–118 (0,875 п.л., автора – 0,875).

2. Травматология детского возраста / Г. А. Баиров // М. : Медицина – 1976. – с. 13–18.

**ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ
КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

***Аглиуллин Рушан Шамилевич, Сангаджиев Манджи Саврович,
Нетфуллов Ринат Зельфетович, Сангаджиева Альбина Рамилевна***

*Россия, Казанский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор медицинских наук,
доцент Бурькин Игорь Михайлович*

Введение. Артериальная гипертензия является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем Российской Федерации и является одной из основных причин инвалидизации и смертности населения [1]. Для содействия врачам в качественном лечении данной патологии профессиональной врачебной ассоциацией утверждены клинические рекомендации [2]. Несоответствие клиническим рекомендациям ведет к снижению эффективности лечения, преждевременному поражению органов мишеней и увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений таких, как инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, инсульт, почечная недостаточность [3].

Целью настоящего исследования явилась оценка качества оказания медицинской помощи на основе изучения приверженности врачей клиническим рекомендациям.

Материалы и методы. В исследование было включено 105 жителей города Казани, страдающих артериальной гипертензией и получавших лечение в условиях городской поликлиники в 2018 году. Материалом исследования послужили амбулаторные карты пациентов. На основе последних рекомендаций для лечения артериальной гипертензии были разработаны критерии качества лечения и составлен формализованный опросник. Оценивали такие показатели как проведение инструментальных и лабораторных исследований, наличие консультаций узких специалистов (офтальмолога, кардиолога, невропатолога), количество визитов в медицинскую организацию.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования было выявлено неполное соответствие ведения пациентов требованиям клинических рекомендаций. Частота сердечных сокращений является важным

предиктором риска смертности и клинические рекомендации рекомендуют ее проводить у всех пациентов. По данным исследования доля пациентов, которым было проведено исследование частоты сердечных сокращений составило 64,76%. Гиперхолестеринемия значимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и оценка липидного спектра рекомендуется у всех больных. Было выявлено, что оценка липидов крови была выполнена не у всех пациентов: общий холестерин у 46,67 %, липопротеиды высокой плотности у 7,62 %, липопротеиды низкой плотности у 15,24 %, триглицериды у 16,19 % пациентов. Анализ мочи и глюкоза крови позволяет выявить диабет и поражение почек. По результатам настоящего исследования измерение глюкозы в плазме крови было проведено у 52,38%, а анализ мочи у 43,8% пациентов. Профилактика избыточной массы тела важный элемент стратегии снижения уровня артериального давления, однако антропометрическими данные были зафиксированы у 20 % пациентов. Было зарегистрировано, что достижение целей терапии – целевое артериальное давление 140/90 мм.рт.ст было не у всех пациентов. Целевое систолическое артериальное давление было зафиксировано у 35 %, а диастолическое у 43,81% пациентов.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о низкой приверженности врачей к соблюдению клинических рекомендаций по лечению артериальной гипертензии. Достижение целевого артериального давления регистрируется не у всех пациентов. Повышение приверженности врачей клиническим рекомендациям должна стать частью стратегии борьбы с артериальной гипертензией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Еникеев А. Х., Замотаев Ю. Н., Коломоец Н. М. Влияние лизиноприла на психофизиологические функции пациентов // Медицинский совет – 2008. – № 5–6. – С. 71.
2. Внутренние болезни: Учебник: в 2 т. / Под ред. А. И. Мартынова, Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. С. Галявича (отв. ред.) – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2001. – Т. 1. – 61 с.
3. Лазуткина А. Ю., Горбунов В. В. Предикторы резистентности артериальной гипертензии // Клиническая медицина. – 2016. – Т. 93, № 3. – С. 200.

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ ОПЕРАТОРОВ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ТЕХНИКИ

Бабичев Данила Васильевич

*Россия, Волгоградский государственный аграрный университет
Научный руководитель: кандидат технических наук,
доцент Скворцов Игорь Петрович*

Согласно прогнозным исследованиям с точки зрения профессиональных рисков для операторов сельскохозяйственных машин и комбайнов. Нами проанализированы факторы, формирующие вредные условия и факторы труда в агропромышленном хозяйстве при работе на машинно-тракторных агрегатах – зерноуборочные комбайны и тракторы, составляющими около 85% машинно-тракторного парка сельскохозяйственных предприятий [3]. Лидирующее место в структуре по профессиональной патологии и заболеваемости работников агропромышленного направления в период нашего 10-летнего анализа мы можем выделить операторов сельскохозяйственных агрегатов (примерно около 70 % всех зафиксированных случаев). Нами предложены рекомендации по их медико-социальной реабилитации.

Важная проблема по состоянию здоровья и гигиены труда в аграрии прежде всего может касаться лидирующих отраслей АПК: животноводства, птицеводства и полеводства. Аграрное производство представляет собой сложное объединение разнообразных и многочисленных производственных процессов. Для каждой группы лиц, занятых в полеводстве, животноводстве или на ремонтных работах, но не мало важным является и условия труда на профессиональные вредности. В сельской местности сильно страдает демографическая ситуация, что свидетельствует о сокращении численности населения вообще и сельской молодежи в частности, не только из-за низкого престижа, но и из-за пандемии, которая нашу страну накрыла своими заболеваниями. Многие молодые специалисты покидающей родные края из-за низкой престижности в сельском хозяйстве, социально-бытовой обстановке и вообще во многих поселениях неустроенности и не привлекательности для молодых специалистов.

По прогнозам в сельское хозяйство занимает одно из первых мест по числу ежегодно проявляемых и выявляемых случаев заболевания, если мы будем брать среди всех видов экономической деятельности. Уже доказано специалистами, что работа на сельскохозяйственной технике считается травмоопасной, потому что на ее долю приходится треть производственной нагрузки, сюда мы так же относим (вождение, ремонт, эксплуатацию и др. виды) [2]. Лидирующие места по патологии у работников наблюдается как сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, пневмония и ряд других заболеваний. До пандемии возраст заболевания регистрировался в пределах от 40–50 лет, с приходом пандемии 2020–2021 года возрастной контингент очень изменился с 20–50 лет. При условии, что стаж работы людей в данной сфере более 8 лет, и за последний период он очень ускорил свои обороты. Поэтому, разработка защитных мер и рекомендаций по снижению профессионального риска и травматизма в отношении здоровья операторов сельскохозяйственных машин и комбайнов является одной из актуальных задач повышения качества жизни в сельской местности.

Была дана сравнительная оценка условий труда сотрудников на технике старого и нового поколения, много замечаний нашли эксперты по сварным не герметичным кабинам, по шумо- и виброизоляции, органы управления у старого типа агрегатов расположены в недосягаемости рук и ног водителя, что значительно отвлекает от основного вида работы и здоровья в целом.

Прогнозные данные по выполнению механизированных работ операторы агрегатов подвергаются значительным вибрациям, пыли, которая поднимается при работе вызывая микроклиматический дискомфорт здоровью. Вот почему руководителям любого поселения или организации рекомендовано контролировать своевременный ремонт или приобретение новой технике по лизингу или на оптимальных условиях для того или иного хозяйства.

Нами проведенное исследование показало, что комплекс мероприятий с учетом степени риска для здоровья оператора очень необходимы (рис. 1).



Рис.1. Направления профилактики профессионального риска.

Из данного профессионального риска мы можем выявить следующие меры:

- оптимизация рабочего места оператора,
- снижение вредных факторов на здоровье,
- рационализация трудовой нагрузки и время выработки рабочего дня [1].

По следующему риску необходим предварительный осмотр (медкомиссия), так как медико-профилактические мероприятия основываются из первоначального освидетельствования:

- показания слуха (динамика и вибрация очень важные показатели),
- отоларинголога (влияние пыли с почвы, с уборки зерновых, агрохимикатов и т.д.),
- невропатологические и психологические показатели важны так же для физической и умственной способности и реакции на работе.

К основным рискам по организационным и административным направлениям, можно отнести:

- своевременное обновление парка,
- своевременного и текущего ремонта,
- охрану труда на работе и на агрегате.

Проведение регулярных медицинских осмотров для работников и операторов осуществляется с целью:

- контроля и выявления заблаговременного заболевания сотрудника,

- своевременного выявления ранних признаков плохого или слабого самочувствия,

- особый контроль за хроническими заболеваниями, если таковые присутствуют у сотрудников.

У грамотного руководителя обязательно предусмотрен регулярный медицинский осмотр, наличие тахографов на агрегатах, отрегулирован рабочий цикл операторов в период сезонной уборки и все сезонного цикла, все это приведет к ответственности и качеству выполняемой работы, а отсюда и прибыль, и доход и коэффициент прироста по данному предприятию [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скворцова А. В. Медицинский туризм – как часть социальной медицины. / А. В. Скворцова, И. П. Скворцов // Журнал научных статей Здоровье и образование XXI века. – 2017. – Т. 19. – № 2. – С. 64–66.

2. Скворцова А. В. Мотивационные аспекты туристических услуг Волгоградской области. / А. В. Скворцова, В. В. Горбачева, И. П. Скворцов // Успехи современной науки и образования. Белгород, 2017. – № 1. – Т. 2. – С. 166–169.

3. Скворцова А. В. Инновационная политика в туристическом бизнесе региона / А. В. Скворцова, В. В. Горбачева // Успехи современной науки и образования. Белгород: 2016. – № 12. – Т. 3. – С. 213–215.

4. Тронеv С. В. Повышение пропускной способности рабочих органов зерноуборочного комбайна. / Тронеv С. В., Скворцов И. П. // в сборнике: Стратегические ориентиры инновационного развития АПК в современных экономических условиях. материалы международной научно-практической конференции: в 5 частях. – 2016. – С. 259–265.

НЕОБХОДИМОСТЬ ЗЕЛЕННОЙ ЭКОНОМИКИ В МОНГОЛИИ

Батсайхан Индра

*Россия, Москва, Российский экономический университет
имени Г. В. Плеханова*

*Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Филин Сергей Александрович*

Монголия развивающаяся страна азиатского региона с богатым природным ресурсом. Приоритетным направлением развития стала промышленный сектор экономики, а именно горнодобывающий отрасль страны. Однако, с 2016 года Монголия перешел на новый эколого-экономический путь устойчивого развития «Зеленая экономика».

Зеленая экономика определяется как низкоуглеродная, ресурсоэффективная, социально-инклюзивная и здорово охраняемая. В зеленой экономике: рост занятости и доходов обусловлен государственными и частными инвестициями в экологическую деятельность; инфраструктура и активы, которые позволяют сократить выбросы углерода и загрязнения; повысить эффективность использования энергии и ресурсов; предотвратить утрату биоразнообразия и эко системных услуг.

Экологические проблемы, стоящие на пути устойчивого развития зеленой экономики Монголии:

1. *Сортировкой и переработкой отходов* занимаются несколько частных компаний. По данным Монгольской ассоциации по переработке отходов, значительная часть отходов перерабатывается МСП или экспортируется в Китай для переработки. Распределение мусоров при выбросе существует, но не соблюдается из-за отсутствия контрольных органов регулирования делает сортировку и переработку более затратным и долгим процессом. А также, неэффективное управление и нерегулярный сбор в районах приводит к росту незаконный сброс.

2. *Загрязнение воздуха* является одной из основных экологических проблем, связанных с общественным здравоохранением. Улан-Батор – самая холодная столица в мире с отоплением почти полностью зависящих от угольев, который является основным источником загрязнения воздуха.

Таблица 1.

Уровень загрязнения воздуха в Монголии 2019 и 2020 годов [3]

	Диоксид серы SO ₂ , мкг/м ³	Диоксид азота NO ₂ , мкг/м ³	PM _{2.5} , мкг/м ³	PM ₁₀ , мкг/м ³
2019	142	261	130	421
2020	239	253	106	267
Нормы по Всемирной организаций здравоохранения для развивающихся стран [5]	20	30	25	50

В последние годы уровень загрязнений в воздухе значительно снизились, кроме диоксида серы, что показывает эффективность политики зеленого развития Монголии 2016-2030. Однако, значения превышают установленные нормы Всемирной организацией здравоохранения для развивающихся стран почти в 2 раза.

Проблема с ростом диоксида серы связана с использованием необработанного угля бедным слоем населения, как источник топлива. Монголия в рамках решения данной проблемы с 2016 продвигал экологический безопасный уголь, но данный товар не смог заменить необработанный уголь, который являлась более дешевым, а также неправильный подход внедрения вытеснил экологический безопасный заменитель из рынка.

3. *Водоснабжение* в городе Улан-Батор составляет почти 300 000 м³ воды в день, что вдвое больше, чем 20 лет назад. Водоснабжение берется от реки Туул, которая является единственным источником воды в столице. Уровень грунтовых вод снижался в течение последних 50 лет, и текущий уровень добычи намного превышает естественную способность пополнения.

Отходы заводов и опасные отходы медицинских учреждений, а также химические отходы хранились без надлежащих сооружений для переработки. Утечка из этих складов привела к опасному уровню загрязнения.

Рекомендации по улучшению политики зеленого развития Монголии 2016–2030 для более эффективного решения выше перечисленных проблем:

1. Правильный маркетинг с национальным продвижением экологических продуктов безопасной для здоровья. Борьба со стереотипами в отношении новых продуктов. Контролирование цены со стороны

государство, чтобы сделать экологический продукт более доступным для всех слоев населения и конкурентоспособным на рынке.

2. Направить финансирование для создания кластера переработки и сортировки мусора, а также сделать меры урегулирование более жестким с помощью введенный санкции и штрафов по отношении сортировки мусоров в Монголии.

3. Создать более широкую инфраструктуру для сортировки мусоров. Вести учёт в заводах и фабриках об наличии специальных сооружении и инструментов хранения опасных отходов. Запретить стройку заводов и фабрик рядом с водными источниками.

Поиск других возможных способов решения проблем нехватки воды таких, как новые природоохранные технологии, рециркулированные сточные воды, сбор дождевой воды и другие.

Таким образом, Монголия движется в правильном направлении устойчивого развития, который направлен на улучшение экологического состояния страны в долгосрочной перспективе, установленные цели и политика соответствуют международным требованиям. Однако, в плане развития зеленой экономики страны необходимо дополнить и улучшить, а также перейти с позиции рекомендации к статусу обязательной к выполнению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. План действий, политика зеленого развития Монголии 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.greengrowthknowledge.org/sites/default/files/downloads/policy-database/MONGOLIA%29%20Action%20Plan%2C%20Green%20Development%20Policy%20of%20Mongolia.pdf>, свободный. – (Дата обращения: 10.07.2021).

2. Национальный статистический комитет Монголии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.1212.mn/default.aspx>, свободный. – (Дата обращения: 15.07.2021).

3. Министерство окружающей среды и зеленого развития Монголии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://eic.mn/statistic/>, свободный. – (Дата обращения: 30.06.2021).

СТАНОВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВО ФРАНЦИИ В XIX ВЕКЕ

Белова Любовь Ивановна, Чернышева Ирина Валерьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Во Франции XIX век – это время политических, экономических и социальных изменений, значительно повлиявших на становление общественного здравоохранения в этой стране. Так, итогами Великой французской революции (1789–1799) стало не только принятие Декларация прав человека и гражданина, провозгласившей политическую свободу и равенство французов, но и решение о модернизации больниц в Париже. Пришедший к власти в 1799 году Наполеон Бонапарт, кроме участия в военных походах, также способствовал развитию санитарного и больничного дела в столице. На период реставрации Бурбонов с 1814 по 1830 гг. приходится активное развитие промышленных предприятий, урбанизация городов и решение проблем с их санитарным состоянием. В годы правления Луи Филиппа I (1830–1848) увеличивается число паровых машин и фабрик, растет протяженность железных дорог, а также идет борьба с холерой и другими эпидемическими заболеваниями. При Наполеоне III (1852–1870) была проведена масштабная реконструкция Парижа, обеспечившая столицу современной системой водопровода и канализации. Таким образом, несмотря на частую смену правительств, каждое из них считало своим долгом внести вклад в развитие общественного здравоохранения.

Основы общественного здравоохранения во Франции были заложены в работе Ш. Л. Монтескье (1748) «О духе законов». По мнению просветителя, главный принцип деятельности правительства в этой области заключается в том, что «мудрость законодателей должна охранять здоровье граждан» [1].

После революции во Франции была создана Комиссия по здравоохранению, определившую профилактику, как одну из главных целей своей деятельности: «лучше предупреждать, чем вылечивать болезни в интересах каждого и всех». В 1793 г. Комитет Национального Конвента по охране здоровья объявил, что «хорошая гигиена является основополагающим правом каждого гражданина», и на то были веские причины.

К началу XIX века Франция была самой густонаселенной европейской страной, в которой по данным переписи 1801 г. проживало более 29 млн. жителей [2]. В тоже время она долго оставалась аграрной и городское население росло медленно. К 1841 г. население Парижа достигло 1 млн. человек, а другие крупные города: Марсель, Лион и Бордо – более 100 тыс. Главной проблемой этих городов оставался низкий уровень санитарии и гигиены. Трудно представить, но до 60-х гг. XIX века на улицы столицы выливали отходы из окон, а зловонный запах мусора чувствовался за несколько километров от Парижа. И хотя канализацию в Париже проложили еще римляне, за несколько столетий она засорилась, а открытые стоки превратились в свалки мусора.

Парижская система водоснабжения состояла в основном из фонтанов, вода в которые попадала из колодцев и Сены. В начале XIX века Наполеон I предпринял очистку канала Урк, которая была закончена в 1825 г. Ежедневная пропускная способность канала составила около 80000 м³ воды. Однако качество воды не позволяло использовать ее для питья, только для технических нужд.

Качество воды из фонтанов тоже оставляло желать лучшего. Особенно остро вопрос о питьевой воде встал в 1832 году, когда в Париже началась эпидемия холеры. Число жертв возрастало стремительно: если в марте умерших было всего 90, то в апреле холера унесла 12 733 жизни. В общей сложности в 1832 году в Париже скончались 44 463 человека [3]. Городская администрация с трудом справлялась с ситуацией: не хватало больниц, врачей, чистой воды. В день умирало 500-600 человек и лишь с осени эпидемия пошла на спад.

Император Наполеон III хотел сделать Париж «самым красивым городом мира». В 1853 г. он назначил барона Жоржа Османа префектом и поручил модернизировать город, создав место узких средневековых улочек, широкие и светлые проспекты. Инженеру Эжену Белграну была поручена разработка крупномасштабной системы водоснабжения и городской канализации. Барон Осман предложил использовать для жителей не загрязненную воду Сены, а воду из природных источников. Были пробиты артезианские скважины, но чистой воды не хватало и пришлось строить акведуки.

В 1871 г. британский аристократ и меценат Ричард Уоллес, живший в Париже, подарил парижанам питьевые фонтанчики, обеспечив их чистой

бесплатной водой. Создатели фонтанов Уоллеса считали, что их проект не только снизит стоимость чистой воды, но и будет противостоять распространению пьянства среди бедняков, т.к. им будет проще достать питьевую воду, чем покупать вино.

Дальнейшее развитие системы здравоохранения во Франции требовало решения вопроса состояния больниц. Больницы во Франции XVIII в. были приютом, где находились больные, бездомные и обездоленные, получавшие там еду, кров и бесплатную медицинскую помощь. Однако условия пребывания в них были ужасными. Хирург Жак-Рене Генон описал состояние больниц как «перенаселенное, антисанитарное», чем привлек внимание общественности, и модернизация больниц стала одним из ключевых приоритетов революции. Но модернизация лишь немного изменила ситуацию, т.к. увеличение численности больниц происходило, в основном, за счет конфискации монастырей и монастырских построек. Эти здания были плохо приспособлены для медицинских целей, однако власти не спешили вкладывать средства в строительство новых больниц [3].

Помощью больным и неимущим в Париже занималась Служба общественного призрения, а направления ее работы определял Генеральный совет по делам больниц, домов призрения и найденышей, созданный в 1801 г. На содержание больниц и богаделен уходило до 70% бюджета Совета, получаемого из разных источников: от муниципальных властей, от сдачи в аренду рынков и домов, отчислений от театральных спектаклей и пожертвований. В эпоху Реставрации в Париже в больницах одновременно лечилось в среднем 4000 больных, а при Июльской монархии – более 5000; врачей и интернов на них приходилось около 300. Большинство врачей считали, что в больницах должны лечиться только бедняки, а остальных следует лечить на дому. В ведении Совета с 1814 г. находился приют для найденышей младше 2 лет; в 1838 г. он превратился в приют найденышей и сирот, куда стали принимать детей всех возрастов – в год поступало около 5500 детей [3].

Помощь государства и благотворительных организаций требовалась не только больным, престарелым и детям, но и людям здоровым, которые по какой-либо причине не имели средств к существованию. Была учреждена национальная программа помощи неимущим и предприняты шаги по укреп-

лению Управления здравоохранения муниципалитетов, которые ранее занимались главным образом эпидемиями. В 1802 г. в Париже было создано санитарное бюро, которое рассматривало проблемы общественного здравоохранения, включая санитарную, контроль за продуктами питания, статистику здравоохранения, гигиену труда, первую помощь и вопросы медицинского обслуживания. Другие крупные города Франции приняли аналогичные программы в течение 20 лет, и в 1848 г. был создан центральный национальный орган здравоохранения [4].

Наличие во Франции большого количества минеральных источников способствовало развитию в XIX веке такого направления медицины, как курортное лечение или лечение на водах. Такой способ оздоровления был очень популярен у представителей светского общества, однако был не доступен для большей части населения Франции [5].

Французы внесли значительный вклад в применение научных методов выявления, лечения и борьбы с инфекционными заболеваниями. Луи Пастер, Поль-Луи Симонд способствовали развитию микробиологии, эпидемиологии, иммунологии. Санитарное просвещение, направленное на профилактику заболеваний, стало заботой национальных и местных правительственных учреждений [6]. В медицине стали применяться методы статистического анализа, развивалось медицинское обслуживание, все больше внимания стали уделять изучению различных типов пациентов, качеству коммуникации между врачом и пациентом [7].

Таким образом, становление общественного здравоохранения во Франции – это процесс поиска эффективных средств обеспечения здоровья и профилактики заболеваний у населения. Общественное здравоохранение в XIX веке развивалось методом проб и ошибок, но по мере развития медицинских наук, таких ошибок становилось меньше. Потребность в организованной охране здоровья росла в рамках развития социума, определяя подходы к объяснению и борьбе с инфекционными заболеваниями с помощью санитарии, городского планирования и оказания медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Монтескье Ш. О духе законов [Текст] – С. 223. [Электронный ресурс]. – Электронные данные. Режим доступа: URL.: [http://www.civisbook.ru/files/File/Monteskye.O du khe.pdf](http://www.civisbook.ru/files/File/Monteskye.O%20du%20khe.pdf) (Дата обращения 28.10.2021).
2. Социальная структура французского общества XIX века. [Электронный ресурс]. – Электронные данные. Режим доступа: URL.: <https://vuzru.ru/sotsialnaya-struktura-frantsuzskogo-obshhestva-xix-veka/> (Дата обращения 26.10.2021)
3. Мильчина В. А. Париж в 1814-1848 годах. Повседневная жизнь. М. : Новое литературное обозрение, 2013.
4. Theodore H. Tulchinsky MD The New Public Health. – Elsevier, 2014.
5. Черёмушников И. К. Литературно-художественные тексты как источник для культурологических реконструкций в истории медицины (на примере романа Ги де Мопассана "Монт-Ориоль") // Вестник Томского государственного университета. Культурология и искусствоведение. – 2020. – № 40. – С. 131–145.
6. Чернышева И. В., Белова Л. И. Общественное здоровье в XIX веке //В сборнике: Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции. – Волгоград. – 2019. – С. 87–89.
7. Черёмушников И. К., Петрова И. А. Асимметрия культурных кодов и нарративная компетентность в коммуникации врач – пациент//Здоровье и образование в XXI веке. – Т. 19. – 2017. – № 8. – С. 223–225.

СОБЛЮДЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОНМК

КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ III ЭТАПА

Березнова Владлена Александровна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения Института непрерывного медицинского
и фармацевтического образования ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
доктор медицинских наук, доцент Шкарин Владимир Вячеславович*

Система этапной реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) регулируется целым рядом нормативно-правовых актов [1-5]. Важным условием успешного функционирования III этапа реабилитации данной категории лиц является соблюдение основных принципов: раннее начало реабилитационных мероприятий, непрерывность в лечении, одновременное использование разных видов восстановительной терапии, преемственность, активное участие самого больного и членов его семьи в процессе реабилитации. Несоблюдение указанных факторов при оказании помощи больным ОНМК может существенно повлиять на эффективность деятельности отделения реабилитации в целом.

Основанием для медицинской реабилитации пациентов с ОНМК на III этапе в условиях амбулаторно-поликлинического звена является не менее 2–3 баллов, набранных по шкале реабилитационной маршрутизации. Поэтому ошибка в бальной оценке направляющего врача может изначально привести к неверной маршрутизации.

Практика показывает: невролог, оформляющий направление на лечение, при оценке реабилитационного потенциала и прогноза у пациентов, перенесших ОНМК, нередко необоснованно их занижает или завышает, что оказывается ограничивающим или чрезмерным для больного. Недооценка или полное пренебрежение оценкой возможных противопоказаний к той или иной методике реабилитации со стороны врача приводит к объективному увеличению рисков нежелательных эффектов от назначенного лечения.

Неверная классификация ОНМК по МКБ-10 (G45, G46, I60-63), отсутствие при формулировке клинического диагноза отраженных в нем функциональных нарушений и степени их выраженности обуславливают в дальнейшем неверное выставление целей и задач реабилитации. И, как результат, – некорректное составление индивидуальной программы реабилитации.

Пренебрежение низкой мотивацией либо нежелание привлечь для ее коррекции клинического психолога становятся причиной отказа пациента с ОНМК от части процедур и даже реабилитации в целом. В этой ситуации врачу важно добиться участия родственников пациента в процессе реабилитации постинсультных проблем и пролонгирования лечебной гимнастики в домашних условиях.

Мультидисциплинарный подход – ключевая отличительная черта процесса реабилитации пациентов после ОНМК. Большинство лиц являются коморбидными, что требует дополнительного привлечения профильных специалистов. Только слаженная работа мультидисциплинарной реабилитационной команды становится способна улучшить или восстановить функциональный неврологический и/или двигательный дефицит. Поэтому администрации медицинской организации важно добиться кадровой укомплектованности реабилитационного отделения. Правильное оформление протоколов заседания мультидисциплинарной реабилитационной команды, своевременное и верное пользование реабилитационными шкалами (не менее 2 раз за курс лечения) с целью оценки эффективности терапии – важные критерии оценки качества реабилитационной деятельности отделения.

Реабилитация пациентов с ОНМК отличается преемственностью с другими организациями, а самим больным сложно обойтись без социальных и логопедических служб, консультаций психиатром.

Раннее начало восстановительного лечения и верно подобранная его длительность, определяющаяся установленными стандартными сроками восстановления нарушенных функций, – это залог отличного результата. По мнению ученых, на улучшение двигательных функций уходит в среднем до 6 месяцев; бытовых и трудоспособности – 1 год, речи – 2–3 года [6].

Системность и этапность реабилитации при активном участии больного, назначение повторных курсов при перспективе восстановления

трудоспособности – все это может быть утрачено по различным причинам. Среди них, как показывает опыт, значатся: неверно выбранный метод реабилитации (отдельно для двигательных и речевых нарушений, при центральном постинсультном болевом синдроме и нарушениях психики), несоответствие нейротрофической медикаментозной терапии клиническим рекомендациям и протоколов лечения пациентов после ОНМК, невозможность применения дополнительных методов реабилитации из-за отсутствия ресурсов [6].

Таким образом, для эффективной деятельности отделения медицинской реабилитации III этапа при лечении пациентов с ОНМК является обязательным соблюдение основных принципов реабилитации. Комплексность, системность, этапность, строгий регламент работы и прочие базовые принципы закономерно обеспечивают высокое качество медицинской реабилитации пациентов с ОНМК на III этапе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первым дает определение понятию медицинской реабилитации».
2. Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».
3. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993).
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705-н «О порядке организации медицинской реабилитации».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788-н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
6. Методические рекомендации по ОНМК Министерства Здравоохранения Российской Федерации. – 2000.
7. Бадрутдинова Л.Р., Манерова О.А. Организационные аспекты оказания медицинской реабилитации пациентов, перенесших инсульт в амбулаторных условиях // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 11. – С. 121–123.

**ОТКЛОНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ
ОТ ТРЕНДОВЫХ В 2020–2021 ГОДЫ**
Болдина Марина Юрьевна

*Россия, Волгоградский институт управления – филиал
ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства
и государственной службы при Президенте Российской Федерации»*

Динамика показателей естественного движения населения в России на протяжении нескольких десятилетий оставалась прогнозируемой и объяснимой, с точки зрения социально-экономической ситуации в стране и проводимой социально-демографической политики. В этот период сформировались определенные тенденции изменения рождаемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни при рождении и естественного прироста (на практике, чаще – естественной убыли). При этом, изменение указанных показателей оставалось достаточно плавным, позволяющим выявить тренд, на основании которого формировались демографические прогнозы, разрабатывались направления социально-демографической политики. Однако пандемия коронавируса SARS-CoV-2 в 2020-2021 годах внесла серьезные коррективы в динамику указанных показателей, нарушив сложившиеся ранее тенденции.

Важнейшим мониторируемым демографическим показателем является естественный прирост населения – разница в показателях рождаемости и смертности населения. Впервые в истории России (в мирный период) отрицательный естественный прирост (убыль) населения был зафиксирован в 1992 году. В 1992–2012 гг. естественный прирост был отрицательным, суммарная убыль составила около 14 млн. человек. Россия явила миру феномен, который получил название «русский демографический крест» – острый демографический кризис, когда за кратковременный период наблюдалось резкое падение рождаемости и рост смертности.

Наибольшего значения показатель естественной убыли населения достиг в 2000–2005 гг.; в 2006–2012 гг. началось постепенное сокращение темпов убыли. Перелом негативной тенденции произошел в 2013-м, который стал первым за последние десятилетия, когда был зафиксирован естественный

прирост населения – 24 тыс., в 2014–2015 тенденция начала нарастать. Однако уже в 2016 году естественная убыль вновь составила 2286 человек, и ее темпы за последние годы лишь увеличиваются: 2017 – 135,8 тыс. человек, 2018 – 170,5 тыс. человек [1, с. 13]. При этом в пандемийные годы масштабы естественной убыли приняли катастрофический характер: только за январь–сентябрь 2020 года естественная убыль составила 387,1 тыс. человек, а за январь–сентябрь 2021 года – 675,7 тыс. человек [2].

Главная причина демографического неблагополучия в России – высокая смертность (по классификации ВОЗ – сверхсмертность) населения. 2018 году общий коэффициент смертности (ОКС) в мире составил 8,6 ‰, среднеевропейский – 19,3 ‰, в России – 12,4 ‰. В 2020 году этот показатель в России вырос до 13,3 ‰, в 2021 – до 15,8‰.

Кроме показателя ОКС, характеризующего уровень смертности, важным для анализа является показатель ее структуры по причинам смерти. Именно он позволяет сформировать приоритетные направления снижения смертности.

Три основных класса причин смерти – болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины – обуславливали более 80 % смертей в России, начиная с 1980-х годов и по 2012 год (до 83% в 2000 году). В 2000-е годы их вклад в общую смертность начал снижаться [3]. По данным уточненной годовой разработки за 2018 год на них пришлось 70 % смертных случаев. Однако в 2020 году впервые эту «тройку лидеров» опередили болезни органов дыхания, заняв первую позицию. Очевидно, значительную роль здесь сыграла вирусная пневмония, вызванная SARS-CoV-2 [4].

Статистика причин смертности в 2021 году на данный момент отсутствует, но уже опубликованы данные о числе зарегистрированных умерших с установленным диагнозом коронавирусной инфекции за сентябрь 2021 года – 39638 человек. Для сравнения, в 2020 году за тот же месяц было зафиксировано 5438 смертельных случаев от указанной причины. То есть, показатель 2021 года составил 728,9% к показателю 2020 года [2].

Рождаемость населения является важнейшим фактором естественного прироста населения и предметом постоянного внимания государства и общества. Периодические спады и подъемы числа родившихся характерны для России в последние десятилетия. Отчасти они связаны с волнообразной деформацией возрастного состава населения (в том числе численности

женщин фертильного возраста), отчасти – с изменением интенсивности рождаемости и ее возрастного профиля.

Наблюдавшаяся с середины 2000-х тенденция к увеличению общего коэффициента рождаемости (ОКР) и абсолютного числа родившихся была обусловлена тем, что в фертильный возраст вступали более многочисленные поколения женщин, родившихся в 1980-е годы, а также повышением интенсивности рождаемости, в том числе, за счет средств ее государственной поддержки («материнский капитал»). Возобновившееся в последние годы снижение рождаемости, в свою очередь, связано с начавшимся сокращением числа женщин в возрастах наибольшей репродуктивной активности, вступлением в репродуктивный возраст поколения «антиволны» 90-х, а также со снижением интенсивности рождаемости и изменениями ее возрастного профиля за счет активного вступления России в процессы второго демографического перехода [1, с. 20]. Рождаемость в 2020–2021 годах – это, пожалуй, единственный показатель естественного движения, который не продемонстрировал «скачкообразных» изменений, оставшись на уровне 9,7 ‰ в 2020 году и 9,6% – в 2021 году [2].

Таким образом, представленные показатели позволяют предположить, что сформировавшие на протяжении двух десятилетий XXI века тенденции динамики показателей естественного движения населения окажутся существенно нарушены пандемией коронавируса SARS-CoV-2.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч. 1. Общественное здоровье. – Иваново, ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. – 70 с.
2. Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за сентябрь 2021 года / Федеральная служба государственной статистики. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/edn09_2021.htm
3. Тагаева Т. О., Казанцева Л. К. Общественное здоровье и здравоохранение в России: состояние и проблемы // Россия: тенденции и перспективы развития. – 2016. – № 11–2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdorovie-i-zdravoohranenie-v-rossii-sostoyanie-i-problemy>
4. Число умерших по основным классам причин смерти / Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПТА «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» В СРЕДЕ СОВРЕМЕННЫХ РУССКИХ И АНГЛОГОВОРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ

Брейгер Юлия Михайловна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Тема нашего исследования связана с актуальной проблемой современности, а именно поиском доступных и эффективных путей сохранения здоровья путем поддержания здорового образа жизни. И эта проблема стала актуальной не только среди возрастного населения планеты, но и среди тинейджеров.

Объект исследования- концепт "ЗОЖ" в жизни английских и русских подростков.

Предметом изучения является сравнения путей и способов поддержания здорового образа жизни среди русских и английских подростков на материале массово- медийного дискурса

Целью нашего исследования является выявление различий в восприятии русскими и английскими тинейджерами понятия "ЗОЖ" в масс-медийном дискурсе.

Цель исследования предполагает решение следующих задач:

1. Определить понятие ЗОЖ с точки зрения русских и англоговорящих врачей различных специальностей и психологов
2. Рассмотреть основные тенденции в рамках ЗОЖ среди молодежи России и Англии
3. Обозначить возможные пути развития направлений в рамках ЗОЖ в России и Англии.

Материалом для исследования послужили статьи в печатных изданиях и в Интернет источниках.

В процессе исследования применялись следующие методы: метод контекстного анализа, метод сплошной выборки, метод концептуального анализа, сравнительно-сопоставительный метод.

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что в настоящее время возрастает интерес к ЗОЖ не только среди взрослых, но и в подростковой среде.

Результаты данной статьи можно использовать как полезную информацию для студентов, изучающих как английский язык, так и психологию.

Одной из основных проблем современной лингвистики являются процессы концептуализации мира языком. Актуальным является исследование языковых концептов в непосредственной связи с жизненными процессами, с участием в нем членов нашего общества и в изучении их мировоззрения.

В свою очередь среди огромного количества социальных, культурных, экономических, политических проблем современного общества вечной остаётся проблема сохранения здоровья нации. С точки зрения самой большой интернет энциклопедии ЗОЖ – это образ жизни человека, помогающий сохранить здоровье, улучшить самочувствие и уберечься от излишнего стресса путём контроля над собственными привычками, поведением и питанием.

С точки зрения англичан, ЗОЖ – это один из главных приоритетов в жизни каждого человека. Такой подход к здоровому образу жизни был в моде в Англии, но много лет назад. В настоящее время многое изменилось. Делая обзор английской прессы, просматривая видео ролики, приходишь к определенным выводам. Лондон – это очень толерантный город. Советы из прошлого, типа "avocado for breakfast on toasts" или "more protein and eggs white" уже никого не привлекают. Ушло в прошлое понятие gluten – free. Что касается фитнеса и спорта, то здесь тоже произошли разительные изменения в плане отношения взрослых и подростков к модным блогам и ярким страничкам фитнес тренеров в социальных сетях. Тем не менее в последнее время в Англии и, в частности в Лондоне, появляются различные модные новинки и тенденции, связанные с поддержанием здорового образа жизни. Входят в моду различные вариации на тему Пилатеса. Также в последнее время в Англии наблюдается тенденция в открытии большого количества кафе с полезным меню, где не только взрослые, но и тинейджеры могут попробовать новомодные полезные блюда, выпить стаканчик смузи, заказать палео-обед или макробиотический ужин. Это такие кафе, как Raw press со, Good life eatery, Tanya's in Chelsea, Detox Kitchen, Mae Deli.

Если говорить о России, то ситуация с поддержанием здорового образа жизни разделилась на 2 периода- до пандемии Covid-19 и после нее. В 2017-2018 годах, согласно исследованиям, российская молодежь уделяла доста-

точное внимание поддержанию здорового образа жизни. По опросу студентов медиков, здоровый образ жизни заключается в следующем: во-первых, это отсутствие вредных привычек; во-вторых, правильное питание, затем соблюдение правильного режима дня, а также занятие спортом. Но на самом деле дело обстоит далеко не так. Больше число студентов очень бы хотели заниматься спортом, в частности зарядкой по утрам, но предпочли бы поспать дольше.

Очень важным показателем соблюдения здорового образа жизни, по словам студентов, является отказ от таких вредных привычек, как алкоголь, курение, наркотическая зависимость. Пандемия внесла коррективы как в мышление, так и в активную деятельность российской молодежи. Все больше россиян и, в частности, молодых жителей Волгограда, задумываются над проблемой поддержания здорового образа жизни, но, к сожалению, пока это происходит только на уровне желаний. В отличие от стран Европы и, в частности, Великобритании, Российская молодежь не так активно участвует в процессах изменения образа жизни. Пандемия внесла свои коррективы в жизнь россиян.

Люди стали чаще задумываться о своем здоровье, о профилактике болезней и о ведении здорового образа жизни.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что и в отличие от Англии, где молодежь ищет новые способы и пути поддержания здорового образа жизни, в России молодые люди только начинают осознавать важность и глубокую значимость ЗОЖ в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения, 2010. [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/117186/E93103R.pdf.
2. Curtin's Healthy Lifestyle Program. [Электронный ресурс]. URL: <http://worklife-balance.curtin.edu.au/>.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

***Захарова Мария Александровна,
Чусовлянова Светлана Викторовна***

*Россия, ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр
общественного здоровья и медицинской профилактики»*

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) система профилактики неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ) должна включать оценку распространённости, коррекцию, а также контроль факторов риска. Особое место в этом комплексе мер занимает система эпидемиологического мониторинга основных факторов риска НИЗ, как механизм оценки ситуации и потребности в реализации профилактических мер, так и способ контроля их эффективности. Оценка потребности населения в проведении профилактических программ, организация эффективной профилактической деятельности системы здравоохранения и координация усилия местных властей по проведению территориальных программ профилактики с учётом региональных особенностей требуют получения детальной и достоверной информации по распространённости факторов риска, влияющих на здоровье человека [1].

На первом этапе важно разработать ту форму и процедуру опроса, которая позволила бы получать сравнимые не только с данными других субъектов результаты, но и с системой индикаторов других стран и территорий – участников программы профилактики НИЗ во всем мире.

Универсальной, общепризнанной и валидной формой, на сегодняшний день, является «Инструмент STEPS ВОЗ (основной и расширенный модули)», адаптированный в 2016 году для работы на территории России специалистами ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

Исследование регламентировано приказом министерства здравоохранения Новосибирской области, согласно которому:

– опрос прикрепленного взрослого населения проводится по утверждённой форме в государственных медицинских организациях Новосибирской области в течение года,

– в июне и ноябре случайным образом из всех собранных анкет отбираются 50 согласно квоте и направляются от каждой организации, участвующей в анкетировании, в ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики»,

– все собранные анкеты проходят проверку на полноту заполнения и после исключения некорректно заполненных анкет вводятся в единую электронную базу,

– по завершению формирования базы данных годового цикла исследования, из числа собранных анкет в каждой возрастной группе случайным образом выбираются анкеты, с определённым количеством лиц мужского и женского полов, среди городского и сельского населения, данная процедура проводится с целью формирования репрезентативной выборки исследования.

В силу высокой занятости сотрудников медицинских организаций, ограниченного времени, отведённого на приём и сбор данных о пациенте, из основной части международного опросника «STEPS ВОЗ» выбрано только четыре блока вопросов, которые позволяют собрать сведения о наиболее актуальных активных мероприятиях ЗОЖ (активный образ жизни и приверженность рациональному питанию), а также о наиболее агрессивных факторах риска (курение и злоупотребление алкогольными напитками).

В заключение, следует отметить, по окончании первого этапа анкетирования по оценке основных параметров здорового образа жизни, следует отметить важные моменты, касающиеся организации опроса населения, такие как: разделы анкеты полностью соответствуют аналогичным фрагментам опросника «Инструмент STEPS ВОЗ», что является неотъемлемой частью процесса получения стандартизированных данных, а регламентированный формат исследования даёт следующие преимущества (большой охват населения, двойной слепой отбор заполненных бланков), а также возможность многолетнего наблюдения (трёх-, пяти-, семилетние и более длительные тренды) и последующее выделение наиболее уязвимых половозрастных групп населения, которым свойственна низкая степень реализации основ и норм здорового образа жизни.

Таким образом, следует сделать вывод, что предложенная форма сбора и обработки информации, касающейся некоторых вопросов, соответствует требованиям, предъявляемым к эпидемиологическим исследованиям по теме «Распространённость факторов риска НИЗ» и «Приверженность различных групп населения здоровому образу жизни».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне. Методические рекомендации / Под редакцией С. А. Бойцова. – ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ РФ, Москва, 2016. – 104 с.

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

Кузьмина Ирина Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Переход к рыночной экономике и реформирование отраслей, ранее относимых к «непроизводственной сфере», обусловили преобразование этой сферы в современный сектор услуг, который оказывает большое влияние на экономику любой страны. Исследование проблем и перспектив развития общественного питания актуально и в плане понимания его роли в социальной и экономической жизни общества и разработки направлений государственной политики в этой отрасли [1].

Доля рабочих мест в 2010 году в ресторанном секторе преобладала в Бельгии (79 %) и Португалии (78 %), а меньше всего в Кипре (22 %) и Мальте (51 %).

Крупнейшие страны – Испания (19 % от всех предприятий ЕС), Франции (15 %) и Италия (18 %). Всего на долю гостиничного и ресторанного бизнеса приходилось 1,4 млн предприятий [2].

Во Франции поход в ресторан или кафе не является праздником, это обыденное дело французов. Даже на важную деловую встречу тебя могут пригласит в ресторан. Франция включает в себя несколько разновидностей кухонь: кулинарную, новую, современную, домашнюю и местную. Новая кухня – это кухня, где перед подачей блюд, они проверяются диетологом на правильность и полезность. Порядок подачи блюд отличается от России. Блюда подаются не все сразу, а по отдельности. Сначала первое блюдо, затем горячее, овощи или сыр, далее антереме (маленькая сладкая закуска (в виде блинчиков), и в конце десерт. Это все зависит от “фиксированного меню” [3].

В Англии очень развит ресторанный бизнес. Там представлены кухни разных стран. Больше всего предпочитают французскую и итальянскую кухни [4].

Динамика развития общественного питания в странах Евросоюза. Международные исследования показали, что доля затрат на питание «вне дома» в России – одна из самых низких среди развитых стран. В 2015 году она составила всего 10,7% от общего бюджета на питание. Для сравнения, в Канаде доля расходов на питание «вне дома» составляет 39 %, а в США – 47 %. Совокупный оборот рынка общественного питания в России составляет 1 301 млрд. руб., Германии – 3 400 млрд. руб., а США – 43 468 млрд. руб. При этом, в последние годы все зарубежные страны демонстрируют уверенный прирост рынка (от 1 % до 3 % в год) [5].

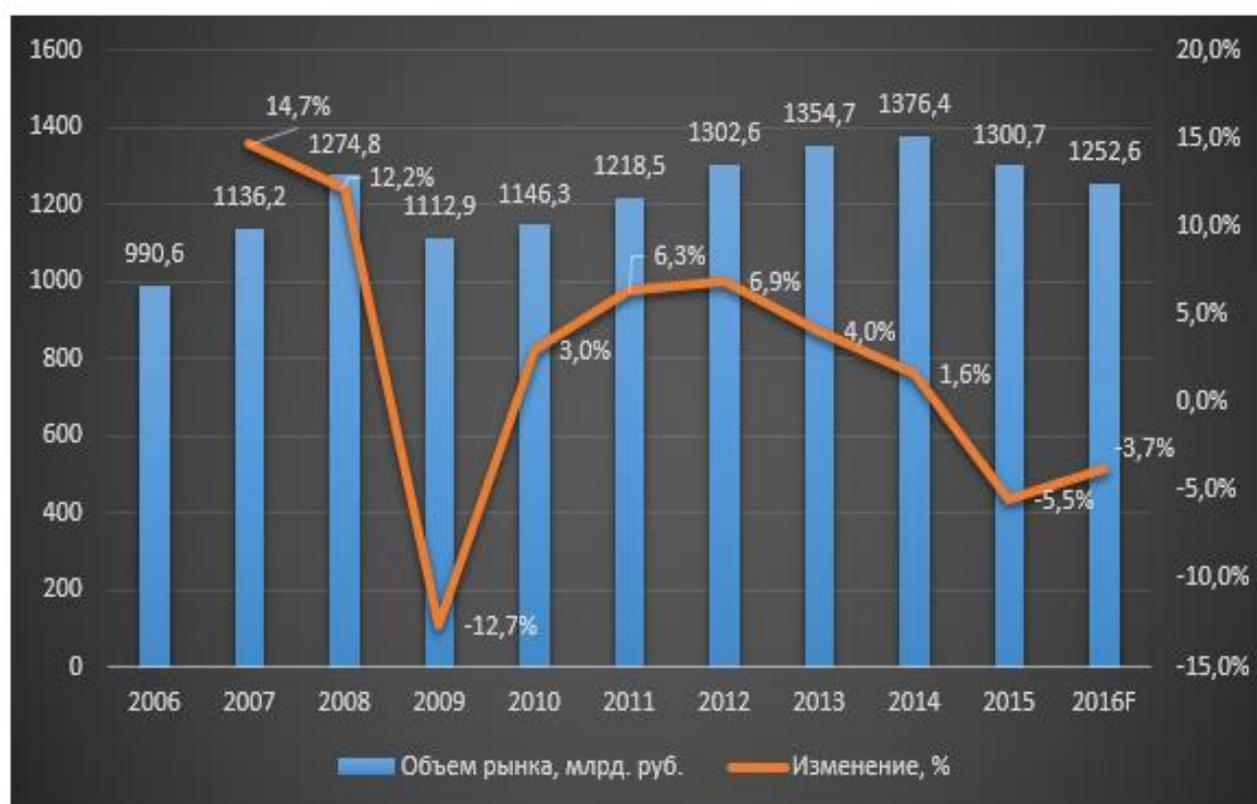


Рис. Динамика развития общественного питания в странах Евросоюза.

Таким образом, общественное питание относится к динамично развивающейся отрасли. Наметилась четкая тенденция – жители города меньше питаются дома и чаще посещают рестораны, кафе, бары. Роль, выполняемая общественным питанием в развитии общества, отличается своей многоаспектностью и с течением времени возрастает. Это обусловлено расширяющейся социализацией экономики, поставившей на первый план проблему повышения качества жизни населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Экономика предприятий торговли и общественного питания: Учебное пособие // Рук. авт. кол. Т. И. Николаева. – Екатеринбург: Изд-во УрГЭУ, 2001. – 498 с.
2. Елагин Ю. А., Николаева Т. И., Николаева Н. А. Организация коммерческой деятельности в торговле: Учебное пособие. – Екатеринбург: Изд-во УрГЭУ, 2002. – 411 с.
3. Сала Ю. Маркетинг в общественном питании: пер. с польского. – М. : Финансы и статистика, 2006. – 240 с.
4. Егорова И. Р., Николаева Т. И. Экономика отрасли: торговля потребительскими товарами. – Екатеринбург, Изд-во Урал. гос. эконом. ун-та, 2004. – 262 с.
5. Жабина С. Б. Маркетинг продукции и услуг: Общественное питание. – М. : Издательский центр «Академия», 2005. – 224 с.

АКТУАЛЬНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Кулакова Дарья Валерьевна

*Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента,
кандидат экономических наук Светлана Юльевна Соболева*

Инсульт – это разновидность острого нарушения мозгового кровообращения, характеризующаяся внезапным появлением очаговой неврологической симптоматики и/или общих мозговых нарушений. В России инсульт ежегодно возникает более чем у 500 тыс. человек. Органические поражения центральной нервной системы, связанные с перенесенным ишемическим инсультом, сопровождаются функциональными нарушениями различного характера (афазия, дизартрия, амнезия и др.), что влечет психосоциальную и медико-социальную дезадаптацию пациента.

Целью реабилитации больных, перенесших инсульт, является максимально возможное восстановление функций, утраченных в результате ОНМК. [5] Для восстановления необходим комплексный системный подход с учетом клинико-функциональных и психосоциальных факторов.

Реабилитационная помощь больным с последствиями инсульта носит медико-социальный характер, т.е. включает медицинскую, социальную, психологическую помощь.

Социальная помощь в реабилитации подразумевает социальную диагностику, контроль комплаенса, организацию оказания социальных услуг согласно потребностям пациента, обеспечение оптимальной связи пациента с его окружением.

Психологическая помощь в реабилитации подразумевает медико-психологическую диагностику, установление психологического статуса и психологическую коррекцию.

Таким образом, реабилитационная помощь должна оказываться системно, организовано, при соблюдении принципа мультидисциплинарности.

Реабилитационная помощь больным с последствиями инсульта направлена на достижение уровня жизни пациента до наступления

заболевания или его повышение. Для совершенствования системы медико-социальной реабилитационной помощи необходимо учитывать потребностные особенности пациентов с последствиями инсульта: физические, психологические, социальные и досуговые. [3]

Таким образом, должна быть сформирована мультидисциплинарная бригада, включающая врача-невролога, врача-реабилитолога, специалиста по социальной работе, медицинского психолога, логопеда. Реабилитационная помощь, оказываемая мультидисциплинарной бригадой, должна носить индивидуальный системный характер и оказываться поэтапно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммосова Е., Татарина О., Аммосов В. Инновационные методы реабилитации пациентов с когнитивными расстройствами в условиях дома-интерната // Врач. – 2018. – № 6.
2. Романов Д. В., Петелин Д. С., Волель Б. А. Депрессии в неврологической практике // МС. – 2018. – № 1.
3. Суханова В. А. Качество жизни пациентов с диагнозом «Ишемический инсульт» // XXV Региональная конференция молодых учёных и исследователей Волгоградской области: материалы конференции. 24 ноября 2020 г., Волгоград / под ред. М. Е. Стаценко. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2020. – 224 с.
4. Трухан Д. И., Давыдов Е. Л. Профилактика инсульта, когнитивных нарушений и деменции у пациентов с артериальной гипертензией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи // Consilium Medicum. – 2017. – № 1.
5. Фахретдинов В. В., Брынза Н. С., Курмангулов А. А. Современные подходы к реабилитации пациентов, перенесших инсульт // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – № 2.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Мирпулатова Ситора Тошпулат кизи,
Мухамедов Иброхим Шароф угли*

*Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт
Научный руководитель: кандидат медицинских наук,
доцент Садыкова Хуршида Кабуловна*

Аннотация. По данным ВОЗ ежегодно в мире получают травмы более 50 млн человек, более 100 млн – подвергаются оперативным вмешательствам. Ежегодно в мире с рубцами и рубцовыми деформациями к врачам обращаются 25 млн человек, из них 4 млн – после ожогов. Одной из главных проблем последствия травм и ожогов является образование грубых рубцов, контрактур.

Ключевые слова: келоид, гипертрофический рубец, консервативные лечение келоидных и гипертрофических рубцов, полифункциональный фермент, «Лонгидаза».

Abstract: According to the WHO, more than 50 million people are injured worldwide each year and more than 100 million undergo surgical interventions. Every year 25 mln. people in the world visit doctors with scars and cicatricial deformations, 4 mln. of them – after burns.

One of the main problems after injuries and burns is the formation of rough scars and contractures.

Key words: keloid, hypertrophic scar, conservative treatment of keloid and hypertrophic scars, polyfunctional enzyme, Longidase

В настоящее время проблема келоидных и гипертрофических рубцов остается актуальной для всех областей практической медицины, а особенно для хирургии, о чем свидетельствуют многочисленные публикации и постоянно проводимые конференции на данную тему. [1, 3]

Келоидные и гипертрофические рубцы в области лица и шеи способны вызвать множество функциональных нарушений и деформаций.

Проблема реабилитации пациентов с рубцовыми поражениями кожи лица и шеи до сегодняшнего дня не утратила своей актуальности. Это обусловлено несколькими факторами: [4, 5]

1) Высоким уровнем травматизма и увеличением числа оперативных вмешательств по поводу врожденных пороков развития, онкологических и других заболеваний в челюстно-лицевой области;

2) Возросшими требованиями пациентов и хирургов к эстетическим результатам;

3) Совершенствованием существующих методик диагностики и лечения;

4) Влиянием на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную адаптацию больных;

Актуальность: одной из главных проблем последствия травм и ожогов является образование грубых рубцов, контрактур. Гипертрофические и келоидные рубцы, располагающиеся в эстетически значимых, открытых областях тела, особенно в челюстной – лицевой области, вызывает психические и эмоциональные расстройства личности. Обычно келоидные рубцы образуются на месте прокола травмы, ожога, операции – там, где было нарушение целостности кожных покровов. Лечение келоидоза осложнено тем, что рубцы этого вида не уменьшаются, а становятся больше, захватывая окружающую здоровую кожу.

Патологические рубцы, появившиеся вследствие травм, ожогов или оперативных вмешательств, причиняют физический и психологический дискомфорт миллионам людей в мире, поэтому продолжается активный поиск новых методов лечения. [2] Для оценки эффективности последних в клинических исследованиях и в рутинной практике используют ряд объективных методов и субъективных шкал. [6]

Цель исследования: оптимизация результатов комплексного лечения рубцов, сопровождающегося гиперплазией соединительной ткани с использованием «Лонгидаза» полифункционального ферментного препарата и улучшения параметра качества жизнь.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находились 37 пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами различной локализации: лобной области – 8, область щеки и скуловой области – 10, верхнего и нижнего века – 8, при ротовой области – 11.

Из 37 пациентов у 23 случаев образование рубцов после перенесенных травм, а в 14 случаях после ожогов. Реконструктивные пластические операции данным больным выполнялись в клинике хирургической стоматологии в различные сроки. Возраст больных колебался от 18 до 58 лет.

Этот препарат нами был введен внутрь и вокруг рубцов не менее чем 2 или 3 точки. Курс процедуры от 10 до 3000 МЕ 1 раз в 7 дней. Перед введением «Лонгидаза» разводится в объеме 1.5 – 2 мл с физиологическим раствором.

Результаты и обсуждения: при оценке состояния рубцовых деформаций мы пользовались Ванкуверской шкалой. По данным четырех периметров: васкуляризация, высота, эластичность и пигментация в диапазоне от 10 до 13 баллов находилось 11 пациентов, от 6 до 9 баллов – 17 пациентов и от 1 до 5 баллов – 9 пациентов. Через 6 месяцев после проведенного лечения сумма баллов по шкале оценки рубцовых деформаций снизилась вдвое.

Препарат «Лонгидаза», является новым ферментным препаратом для лечения заболевания, сопровождающегося ростом соединительной ткани. «Лонгидаза» – это химическое соединение фермента гиалуронидазы с высокомолекулярным носителем полиоксидонием, который имеет в свою очередь собственными свойствами:

- иммуномодулирующее;
- антиоксидантное;
- детоксицирующее.

Препарат «Лонгидаза», обладает способностью не только рассасывать келоидные рубцы, склеротическую ткань, но и подавляет рост соединительной ткани при ее избыточном образовании. Благодаря комбинации с полиоксидонием препарат «Лонгидаза», обладает более устойчивым к разрушающим и ингибирующим факторам; длительным действием; регулирует синтез факторов воспаления (интерлейкины, фактор некроза опухолей); стимулирует иммунитет;

Выводы: использование «Лонгидаза» в комплексном лечении келоидных и гипертрофических рубцов:

1. Наблюдается уменьшение размера рубца, деформации кожи в зоне рубца, нормализации окраски, выравнивание рубца по отношению к неизменной коже и в ряде случаев позволяет избежать от оперативного вмешательства.

2. Расширяет спектр терапевтических методов лечения патологических рубцовых деформаций.

3. Повышает качество жизни пациентов, приводя к восстановлению трудоспособности в оптимальные сроки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Садыкова Х. К., Солиев Ш. М. Актуальные проблемы стоматологии с международным участием // Конференция. 2019. – с. 166–168.

2. Садыкова Х. К., Низамова В. Ш. Инфекция, иммунитет и фармакология // 2016. – с. 383–384.

3. Садыкова Х. К., Толибжанова М. Ш. “1 Халкаро стоматологлар анжумани” Халкаро илмий-оммавий анжумани тўплами. – 2017. – с. 193–194.

4. Никитин А. А., Спиридонова Н. З., Павлович В. А. Метод криодеструкции в лечении келоидных и гипертрофических рубцов кожи лица и шеи // Мат. 2-й междунар. научно-практич. конф. «Новое в практической криологии» Москва, 17 ноября 2005 г. – М., 2005. – С. 69.

5. Эзрохин В. М., Никитин А. А., Павлович В. А. Особенности применения NO-терапии при коррекции различных деформаций носа у пациентов с толстой пористой кожей // Мат. XII междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». – С.-Петербург, 22-24 мая 2007 г. – СПб., 2007. – С. 237–238.

6. Trykova Irina, Sharobaro Valentin, Timina Irina, Moroz Victor, Vaganova Natalia, Yudenich Andrew, Grechishnikov Mikhail. NONINVASIVE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF HYPERTROPHIC AND KELOID SCARS BY HIGH-FREQUENCY ULTRASOUND // 17th World Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. – Santiago, Chile. – 2013. – p. 51.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ТВЕРИ**
*Морозов Артем Михайлович, Потоцкая Лидия Аурелиевна,
Соболь Елизавета Алексеевна*

Россия, Тверь, ФГБОУ ВО ТвГМУ Минздрава России

Российское здравоохранение имеет многовековую историю. Начиная с 988 года с периода принятия христианства были первые упоминания о врачевании. Со временем отечественная медицина развивалась и стала одной из передовых в мире. После 1919 года все медицинские учреждения и аптечные сети стали государственными, и любой гражданин имел право на получение бесплатной медицинской помощи. С 1991 года государственная система здравоохранения стала работать с медицинским страхованием [1, 2, 3].

Рост населения подразумевал увеличение количества специалистов и учреждений по оказанию медицинских услуг. Однако важным показателем являлось сохранение высокого уровня правильного выполнения манипуляций. Поэтому в условиях платной и бесплатной медицины особое внимание уделяют контролю качества оказания медицинской помощи, уровню образования и степени квалификации специалистов. Можно отметить, что предоставление медицинских услуг носит направленный характер, стараясь охватить большую часть населения и более качественно предоставить необходимую помощь [4, 5, 6].

Цель. Оценка качества оказания медицинских услуг на основании анализа данных опроса среди студентов Тверского государственного медицинского университета и сотрудников больниц города Твери.

Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось среди обучающихся Тверского ГМУ, а также медицинских сестер и врачей ГКБ № 6 города Твери. Всего в анкетировании приняло участие 200 респондентов в возрасте от 18 до 65 лет. Перед заполнением все участники были ознакомлены с целью проведения анкетирования, правилами заполнения анкеты. Анкетирование проводилось анонимным путем по добровольному согласию участников.

Результаты и обсуждение. По результатам анкетирования выявлено, что 73,2 % обращаются за медицинской помощью 1–2 раза в год. Большинство

из респондентов являются студентами и такие показатели связаны с прохождением ежегодной диспансеризации для занятий физкультурой в университете, а также с полноценным обследованием студентов для допуска перед производственной практикой. Однако 12,2 % пользуются медицинскими услугами 2–3 раза в месяц и 14,6 % процентов опрошенных вынуждены обращаться в медицинские учреждения реже 1 раза в год. Стоит также отметить, что действующие врачи зачастую обращаются к своим коллегам по работе или опираются на собственные знания при лечении своего заболевания, но не посещают приемы специалистов.

Необходимо отметить, что 56,1 % респондентов предпочитают платные медицинские услуги, 43,9 % обращаются за государственной бесплатной медицинской помощью. Большинство (90 %) считает, что частные (платные) клиники оказывают услуги более качественно и быстро. Но ценообразование в данных учреждениях удовлетворяет только 14,6 % опрошенных, 29,3 % считают, что цены необоснованно завышены, а 56,1 % утверждают, что ценовая политика частных клиник удовлетворяет их только частично. Удовлетворенность населения в отношении затрат на медицинские услуги напрямую зависит от уровня дохода населения и экономической ситуации в стране. Врачи и медицинские сестры могут позволить себе посещение платного приема у специалиста. Студенты университета находятся в менее выгодной позиции будучи на стадии перехода к финансовой независимости от родителей. Многие из них не имеют возможности работать и полностью обеспечивать себя. Стипендия является для большинства единственным заработком. Средняя стоимость консультации врача может составлять половину суммы стипендии среднестатистического студента-медика. Этим и объясняется такой небольшой процент удовлетворенных ценообразованием на платные медицинские услуги.

Государственные больницы и поликлиники предоставляют бесплатные медицинские услуги. 73,2 % респондентов недовольны уровнем предоставления медицинской помощи в поликлиниках. Удовлетворены качеством и скоростью выполнения медицинских услуг в стационаре и бригадой скорой медицинской помощи 48,8 % и 51,2 % соответственно. Врачи и медицинские сестры знают обстановку в государственных учреждениях больше, чем студенты. Поэтому они могут предполагать, как и в каких условиях приходится работать их коллегам, что уровень оказания медицинской помощи не может

повыситься должным образом. Актуальным является уровень заработной платы и влияние ее на качество исполнения работы сотрудником. При этом все меньше новых специалистов, выпускников медицинских вузов проявляют желание работать в государственных клиниках. Из чего вытекает нехватка кадров и другие неудобства – очереди из пациентов, из-за которых приходится стоять долгое время в ожидании получения медицинской услуги.

Заключение. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что большая часть респондентов удовлетворены качеством оказания платных медицинских услуг, за исключением их финансовой составляющей. Однако говоря о бюджетном секторе, только половина опрошенных осталась удовлетворенной уровнем лечения в стационарах и СМП. Ситуация в поликлиниках отличается в худшую сторону. Это дает понять, что необходимо делать акценты на привлечение специалистов в государственные больницы с упором на поликлиническое звено, увеличение и закрепление мотивации сотрудников к работе. Привлечение внимания к данной проблеме сможет повысить уровень качества оказания медицинских услуг, способствовать улучшению качества жизни населения и повышению продолжительности жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коробкова О. К. История развития организационных форм предоставления медицинских услуг населению в России / О. К. Коробкова // Научные исследования и современное образование. – 2017. – С. 263–265.
2. Насирдин К. Э., Абдрахманов Ш. Т. Обращаемость населения за медицинскими услугами в амбулаторно-поликлинические отделения / К. Э. Насирдин, Ш. Т. Абдрахманов // In Situ. – 2017. – № 4. – С. 67–71.
3. Цыганова О. А. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный жизни или здоровью граждан при оказании медицинских услуг / О. А. Цыганова // 2017. – Т. 2. – № 4. – С. 210–213.
4. Кузнецова Е. В., Соколова М. А. Проблема неравенства в доступе к медицинским услугам / Е. В. Кузнецова, М. А. Соколова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 200.
5. Севастьянова Д. И., Хныкина Ю. К. Стереотипное мышление населения относительно сферы медицинских услуг / Д. И. Севастьянова, Ю. К. Хныкина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 315.
6. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2021661873 Российская Федерация. Программа для проведения дистанционного социологического анкетирования : № 2021660772 : заявл. 05.07.2021 : опублик. 16.07.2021 / С. В. Жуков, М. В. Рыбакова, А. М. Морозов [и др].

**СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ
И ФЕРМЕНТОВ ЦИТОЛИЗА
У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ЗУБА**
Рахимжонова Малика Бахтиеровна

*Узбекистан, Ташкентский Государственный стоматологический институт.
Научный руководитель: ассистент кафедры ТГСИ О. У. Рахматуллаева*

Актуальность: Известно, что при хронических заболеваниях печени формируется вторичный иммунодефицит, имеющий большое значение для зубочелюстной системы и всего организма в целом. Целью настоящего исследования явилось оценка активности провоспалительных цитокинов и цитолитических ферментов у больных с хроническим вирусным гепатитом перед удалением зубов. Изменения уровня ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-18 и интерферона в сыворотке крови больных с ХВГ от нормальных показателей перед удалением зубов является индикатором тяжести протекания воспалительного процесса в печени, о чем свидетельствуют изменения в динамике цитолитических ферментов.

Целью настоящего исследования явилось оценка активности провоспалительных цитокинов и цитолитических ферментов у больных с хроническим вирусным гепатитом перед удалением зубов

Ключевые слова: вирусный гепатит, удаление зуба, цитокины, ферменты.

Вывод: Неудовлетворительный уровень гигиены полости рта и воспалительные заболевания пародонта при любом хирургическом вмешательстве в полости рта значительно повышают риск общих инфекционных осложнений, вызванных патогенной пародонтальной микрофлорой. Немаловажную роль в развитии осложнений при хирургических манипуляциях в полости рта играют не только токсины микроорганизмов, но и вирусная интоксикация.

Как известно, после удаления зуба заполнение раневого пространства грануляционной тканью начинается приблизительно через четыре дня после повреждения. В это время в ране появляются макрофаги, фибробласты и новые капилляры. Сосуды крови обеспечивают доставку кислорода и питательных веществ к клеткам новой стромы. Макрофаги служат основным источником ростовых факторов, стимулирующих фибробласты и ангиогенез. Цитокины, продуцируемые на данной стадии заживления раны, главным

образом действуют на пролиферацию фибробластов и/или выработку ими коллагена, а также продукцию внеклеточного матрикса.

Интерлейкин-1 (IL-1), являясь важнейшим медиатором развития воспаления, обладает широким спектром биологической активности и стимулирует функции практически всех клеток, участвующих в защитных реакциях, включая клетки центральной нервной, эндокринной и гематопоетической систем. Синтез цитокинов начинается в ответ на повреждение тканей или проникновение инфекции. Поскольку практически все клетки организма имеют рецепторы к IL-1, этот цитокин очень быстро активирует практически все типы клеток, участвующих в формировании локальной воспалительной реакции. На системном уровне IL-1 вызывает активацию нейроэндокринной системы, влияет на иммунопоз, иммуностимуляцию, синтез острофазовых белков в печени и стимуляцию костномозгового кроветворения. На местном уровне IL-1 может регулировать функции практически всех типов клеток, вовлеченных в локальное воспаление и репарацию. IL-1 может стимулировать рост и метаболизм соединительной ткани, а также реэпителизацию ран. Основными причинами осложнений заживления ран в этих случаях являются ишемия, нейропатия и инфекции. Таким образом, IL-1 является одним из важнейших цитокинов, регулирующих местный воспалительный процесс и заживление ран.

Интерлейкин-18 (IL-18) относится к семейству интерлейкина-1, он также, как и интерлейкин-1, является медиатором воспаления. Интерлейкин-18 (ИЛ-18) в ряду иммунорегуляторных медиаторов занимает особое положение, так как является одним из ключевых цитокинов, вовлеченных в формирование врожденного и приобретенного иммунного ответа. Обладая способностью стимулировать продукцию ИФН- γ молекул адгезии и факторов апоптоза. ИЛ-18 участвует в активации цитотоксических Т-лимфоцитов, НК-клеток, макрофагов, дендритных клеток и способствует формированию эффективного противои инфекционного иммунного ответа. ИЛ-18 участвует в противовирусной защите организма, в частности, в формировании иммунного ответа против антигенов вируса гепатита В. Протективный иммунный ответ в течении вирусного гепатита В (ВГВ) связан с индукцией клеточного звена иммунной системы и реализуется посредством Т хелперов 1 типа.

В острой фазе воспаления повышается синтез более чем 40 белков, обладающих, в зависимости от природы стимула, провоспалительными или

противовоспалительными свойствами. С-реактивный белок, основной белок острой фазы воспаления, связывает различные патогенные факторы и продукты распада поврежденных клеток, способствует опсонизации этих веществ и активирует систему комплемента. С этой точки зрения повышение синтеза белков острой фазы под влиянием ИЛ-6 можно считать защитным механизмом, ограничивающим повреждение тканей. Повышение продукции ИЛ-6 часто связано с повреждением тканей: при инфекциях, иммунных реакциях гиперчувствительности и аутоиммунных заболеваниях. ИЛ-6 – один из главных медиаторов таких клинических и лабораторных проявлений повреждения тканей, лейкоцитоз, повышение в крови уровня белков острой фазы воспаления и снижение уровня альбумина. ИЛ-6 стимулирует развитие плазмоцитоза и гипергаммаглобулинемии, а также активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему.

Известно, что при хронических заболеваниях печени формируется вторичный иммунодефицит, имеющий большое значение для зубочелюстной системы и всего организма в целом. Поэтому становится понятной важность изучения состояния защитной системы тканей полости рта при хронической вирусной патологии печени, которая требует своевременной и постоянной коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаев, Ю. К., Аринчин В. Н. Лабораторная диагностика бактериальной инфекции костно-суставной системы у новорожденных //Мед. панорама. – 2001. – № 4. – С. 15–16.
2. Володин, Н. Н., Долгов В. В., Дегтярев Д. Н. и др. Белки «острой фазы воспаления при бактериальных инфекциях у новорожденных // Рос. вести, перинатол. и педиатрии. – 2000. – № 1. – С. 10–13.
3. Ерпулева, Ю. В. Показатели белковой сыворотки крови у детей с острой и хронической хирургической патологией // Рос. педиатрии, журн. – 2002. – № 6. – С. 33–35.
4. Исаков, Ю. Ф., Белобородова Н. В. Сепсис у детей. – М. : Издатель Мокеев, 2001. – 369 с.
5. Изменения цитокинового статуса при хронических вирусных гепатитах В и С у детей / Жукова Е. А., Каплина Н. А., Романова С. В. [и др.] // Цитокины и воспаление. 2009. – Т. 8. – № 4. – С. 38–39.
6. Журкин А. С., Соловьев С. В. Продукция цитокинов и интерферонотерапия у больных хроническими вирусными гепатитами // Эпидемиология. 1999. – № 5. – С. 27–29.
7. Никулин Б. А. Оценка и коррекция иммунного статуса. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 376 с.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Романкова Юлия Николаевна

*Россия, Астраханский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Шаповалова Марина Александровна*

Ухудшение здоровья детей и подростков связано не только с негативными тенденциями в социально-экономическом развитии страны, но и с наблюдаемым снижением качества диагностической и профилактической работы как в медицинских организациях, так и в детских садах и школах.

Значительное число врачей всё ещё полагают, что функциональные нарушения костно-мышечной системы (далее КМС) в юном возрасте не заслуживают особого внимания, так как должны сами собой постепенно устраниться без последствий для организма и при отсутствии корректирующего воздействия. Данные медицинские специалисты недооценивают опасность функциональных расстройств как причины хронической патологии, и поэтому пренебрегают современными методами и технологиями скрининга и диагностики при профосмотрах, хотя и имеются подтверждения, что последние позволяют выявить в 5–8 раз больше нарушений и заболеваний КМС [1].

Согласно исследованиям Мирской Н. Б. в настоящее время у российских школьников функциональные отклонения КМС чаще всего представлены нарушением осанки и уплощением стопы, а хронические заболевания, как правило, плоскостопием и сколиозом [2]. При проведении углубленного обследования нескольких тысяч школьников было выявлено устойчивое увеличение доли подростков с функциональными и органическими расстройствами, причём лидировали именно отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата (ОДА) – 24,7 %, в том числе различные виды плоскостопия (9,6 %), функциональные изменения позвоночника в виде нарушений осанки (5,9 %), сколиотические (5,6 %) и кифотические (1%) деформации позвоночника [3].

Если соотнести результаты этого исследования с масштабами официальной заболеваемости КМС детей и подростков в Астраханской области, то становится заметно отличие между зарегистрированными случаями заболеваний

и численностью подрастающего поколения, которые должны испытывать проблемы с КМС. В Астраханской области на 1000 детей от 0 до 14 лет по данным на 2019 год приходится 58,4 случаев общей заболеваемости, 25,7 первичной заболеваемости, 27,7 человек на конец года состоит под диспансерным наблюдением. Для подростков (15–17 лет) показатели еще хуже: 136,2 – общая заболеваемость, 46,6 – первичная заболеваемость, 76,2 чел. на диспансерном учёте в расчёте на 1000 чел. соответствующей возрастной группы. И эти тренды, хотя и устойчиво растут, особенно по подростковой группе (15–17 лет), где все показатели выросли в 1,5–2 раза в сравнении с 2006 годом, всё ещё заметно ниже показателей, получаемых при проведении целевых исследований, именно на предмет заболеваний КМС.

Если же рассмотреть количество детей-инвалидов в Астраханской области, у которых именно болезни КМС и соединительной ткани обусловили возникновение инвалидности, то их численность в расчете на 1000 чел. составляет на конец 2019 г. 0,31 случаев. Тенденция при этом на устойчивое снижение, например, с 2006 года данный показатель снизился более, чем в 2 раза. Учитывая, что на этот же период показатель общей заболеваемости для данной возрастной группы составил 69 случаев на 1000 чел., то получается, что даже по данным официальной статистики на 1 ребёнка-инвалида по причине болезни КМС приходится 223 ребёнка с заболеваниями в этой области [4].

Несовпадение в разных регионах РФ результатов исследований о распространенности нарушений и заболеваний КМС с показателями официальной региональной статистики исследователи данной проблематики связывают со снижением качества диагностики нарушений КМС. Это является серьезной проблемой при проведении профилактических осмотров подрастающего поколения в поликлиниках, особенно на начальных стадиях заболеваний, когда вовремя назначенное лечение является наиболее результативным. Не начатое вовремя лечение приводит к дальнейшему распространению нарушений КМС, переходу их на более опасные стадии и снижению реабилитационного потенциала. Всё это демонстрирует необходимость дополнительного обучения ортопедов, хирургов и даже педиатров современным техникам визуально-пальпаторной диагностики другим методам [5].

Между тем, процесс окостенения скелета завершается, как правило, к 20–23 годам, и именно раннее выявление проблем в школьные годы, пока

костная система учеников всё еще формируется, даёт шанс на исправление ситуации. Среди специалистов распространено мнение, что КМС выступает интегральным показателем состояния организма и демонстрирует следствие системного воздействия наследственных и социально-гигиенических факторов. Тем более тревожит тот факт, что по данным исследований, среди детей и подростков менее половины обладают правильной осанкой. У всех других есть нарушения осанки, причём около четверти имеют сколиотические и другие деформации позвоночника, которые уже можно квалифицировать как болезнь, которая, прогрессируя, может закончиться инвалидностью [6, 7].

На примере нарушения осанки наглядно видно негативное влияние заболеваний КМС на другие системы организма детей. Вместе с позвоночником деформируется грудная клетка и ребра, что приводит нарушению функции внешнего дыхания, уменьшению жизненной емкости легких и снижению насыщения тканей кислородом, соответственно развиваются изменения в сердечно-сосудистой системе. Рост внутригрудного и внутрибрюшного давления негативно сказывается уже на работе центральной нервной системы и внутренних органов, что выражается уменьшением адаптивных способностей организма, снижением сопротивляемости к отрицательным факторам внешней среды, ухудшением производительности. Это нередко сопровождается плохим сном и аппетитом, понижением концентрации, ухудшением координации движений.

Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика проблемной осанки и других функциональных нарушений КМС становятся всё более актуальными. При отсутствии проведения необходимых мероприятий по их коррекции, на их основе сформируются уже более серьёзные болезни с необратимыми изменениями КМС и деформациями структурного характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильин А. Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения. – Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М. : 2005.
2. Мирская Н. Б., Коломенская А. Н., Синякина А. Д. Медико-социальная значимость нарушений и заболеваний костно-мышечной системы детей и подростков (Обзор литературы) // Гигиена и санитария. – 2015. – № 1. – С. 97–104. <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-znachimost-narusheniy-i-zabolevaniy-kostno-myshechnoy-sistemy-detey-i-podrostkov-obzor-literatury>.

3. Ушакова М.А., Ушакова Е.Г. Состояние здоровья школьников 15–18 лет в Москве. Гигиена и санитария. – 2008. – № 5. – С. 59–61.
4. Материалы министерства здравоохранения Астраханской области по «Заболеваемости детского населения Астраханской области (от 0 до 17 лет) болезнями костно-мышечной системы в период с 2006 по 2019 год».
5. Диагностика, профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей и подростков. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием. – М.: НЦЗД РАМН; 2008.
6. Правильная осанка ребенка [Электронный ресурс] / melannett.ru // melannett.ru. – Москва, 2020. – Режим доступа: <https://melannett.ru/blog/health/posture/pravilnaya-osanka-rebenka/>
7. Физическая реабилитация детей с нарушениями осанки и сколиозом: учебно-методическое пособие / Л.А. Скиндер [и др.]; – Брест. гос. ун-т имени А. С. Пушкина. – Брест: БрГУ, 2012. – 210 с.

ЭКОЛОГИЧНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Савченко Светлана Николаевна

*Россия, Волгоградский институт управления – филиал РАНХиГС
Научный руководитель: доктор психологических наук,
профессор Чернов Александр Юрьевич*

Общественное здоровье – это комплексное понятие, включающее в себя медицинские, демографические, социальные и даже экономические параметры оценки благополучия населения. Важным для его рассмотрения и понимания является еще одно понятие – здоровье среды, сформулированное В.М. Захаровым. Согласно его мнению, здоровье среды – это показатель качества окружающей среды, необходимого для обеспечения здоровья человека и других живых организмов. В него включено два аспекта: природная среда, благоприятная для здоровья и поддержание здоровья самой природной среды [1].

Состояние окружающей среды оказывает значительное влияние на общее состояние здоровья населения. Так, в обиход вошли термины «болезни цивилизации», «экологически зависимые заболевания», «экопаталогия» – имеющие отношение именно к общественному здоровью. Поэтому на экологический фактор обращено внимание государственной экономической и социальной политики [2].

По данным ВОЗ, факторы окружающей среды оказывают значительное влияние на состояние здоровья населения: их вклад оценен в 20%. В совокупности с фактором образа жизни населения, вес которого 50%, также во многом зависящего от экологической обстановки в регионе, окружающая среда выходит на первое место по силе влияния на здоровье человека.

Экологические проблемы двояко влияют на здоровье населения. В первую очередь – это прямое воздействие, через плохие условия жизни, питания, интоксикацию среды. Во вторую – косвенное, через экономические факторы. Недостаточная озабоченность экологическими проблемами приводит к истощению природных ресурсов на фоне экономических преобразований, что влечет за собой расслоение общества, рост числа малообеспеченных

граждан, чьи условия быта и уровень качества жизни приводят к упадку потенциала воспроизводства поколений. Иными словами, плохая экологическая обстановка приводит к бедности населения [3]. Причем нередко экологическое неблагополучие маскируется под экономические проблемы, но продолжает негативно сказываться на здоровье людей [4].

В систему «Экология – здоровье», рассматриваемой Ю. И. Прокопенко, входит фактор, называемый «экология человека». Он включает все элементы природной окружающей среды, в которой происходит жизнедеятельность человека [5]. Далеко не все из них, такие как уровень загрязненности воздуха или использование токсичных веществ на крупном производстве, могут управляться отдельно взятым человеком, однако есть элементы среды, регулировать которые возможно. Человек может выбирать, какую воду и какую пищу он будет потреблять, какие стройматериалы использовать для отделки собственного жилища, из какого материала будут изготовлены предметы домашнего обихода и так далее. Подобный осознанный подход к выбору того, что будет составлять окружающую человека микросреду, составляет основу экологичного образа жизни.

Этот вывод можно сделать на основе ответов, полученных методом полуструктурированного интервью, проведенного с молодежью Волгоградского региона. Это интервью – часть пилотного исследования, направленного на изучение содержания экологического сознания, в нем обсуждалась взаимосвязь экологии с различными сферами жизни человека. Так, интервьюируемые неизменно отмечали связь экологии со здоровьем человека (примеры: «Экология ассоциируется у меня со здоровьем; экологичный человек – здоровый человек», «Взаимосвязь экологии и здоровья можно отследить на статистике роста онкологических заболеваний, заболеваний почек и лёгких») и давали ответы, ассоциируемые у них со здоровым и экологичным образом жизни (примеры: «Использование биологических, а не синтетических материалов полезнее для человека», «Надо следить за тем, что ты ешь», «Ряд веществ оседает в наших клетках, вызывая патологичный процесс»).

Таким образом, экология, несомненно, оказывает влияние на здоровье человека и населения в целом. И речь идет не только о масштабных климатических изменениях или общей загрязненности атмосферного воздуха, но в большей степени о тех факторах, которые действуют на человека в его

микросреде, и в его силах повлиять на эти факторы самостоятельно. В итоге эта работа по созданию благоприятной среды для себя и сводится к экологичному образу жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазарева Н. В., Розенберг Г. С., Аристова М. А., Костина Н. В. Здоровье среды и здоровье населения: модели, прогноз, ущербы // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2020. – №2 (44). – С. 112–122.
2. Ластков Д. О., Дубовая А. В. Состояние здоровья: экологические аспекты // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2020. – №1 (17). – С. 26–32.
3. Рагимова О. А., Мозелов А. П., Вересова А. А. Экология, медицина и здравоохранение населения // Совершенствование экологообразовательной деятельности в Саратовской области. – 2021. – №. 18. – С. 41–50.
4. Медведев В. И., Алдашева А. А. Экологическое сознание. Учебное пособие. Изд. второе, доп. – М. : Логос, 2001. – 384 с.
5. Прокопенко Ю. И. Риски России: экология и здоровье. – Ридеро, 2015. – 240 с.

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Тынянкин Владимир Андреевич

*Россия, ФГБОУ Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент, Скворцова Александра Викторовна*

Очень часто приходится слышать такое понятие как «медицинский туризм». С одной стороны, он развивается как часть туристской индустрии, с другой – как часть системы здравоохранения, которая, как показывает анализ, требует отдельного внимания со стороны государства. С точки зрения значимости, медицинский туризм высокого уровня классифицируется как эффективно развивающийся сектор, но риск возможен и негативные последствия для жизни и здоровья людей и общества в целом. В случае предоставления некачественных или несвоевременных услуг, как со стороны органов государственного регулирования, так и со стороны предпринимательских структур туризм может пострадать [3].

Стратегия социально-экономического развития Волгоградской области до 2025 года (утв. Законом Волгоградской области от 21.11.2008 № 1778-ОД (ред. от 16.02.2018) «О Стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2025 года») является приоритетным направлением в создании условий увеличения продолжительности жизни потребителей, прироста населения за счет повышения его благосостояния, сокращения бедности на основе динамичного и устойчивого экономического роста и развития региона.

И так хотелось бы остановиться на влиянии медицинских услуг со стороны органов государственного регулирования. В Волгоградской области активно развивается направление экспорта медицинских услуг в рамках национального проекта «Здравоохранение». Более 20 медицинских учреждений области принимают активное участие в проектах медицинского туризма на 2021–2022 годы [2].

Хочется отметить, что за два предыдущих года в г. Волгограде и Волгоградской области прошли лечение различного профиля более 2700 иностранных граждан. В рамках национального проекта «Здравоохранение» очень актуализировано для развития медицинского туризма.

Спрос как иностранных граждан, так и граждан Российской Федерации на получение медицинских услуг остается высоким на территории Российской Федерации даже несмотря на пандемию и меры ограничения. По последним данным Облздрави за пять месяцев 2021 г. в ведущие государственные клиники Волгограда и Волгоградской области обратились 448 зарубежных лиц за медицинской помощью по различным профилям деятельности.

Стратегия определяет приоритеты, цели и задачи государственного управления и регулирования на уровне Волгоградской области на долгосрочный период и является основой для разработки государственных программ Волгоградской области, формирования и корректировки перечня государственных программ Волгоградской области, а также плана мероприятий по реализации Стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2030 г. [1]

При этом действующая Стратегия не предполагает действие внешних факторов, возникших в период ее осуществления, во многом за счет негативного влияния которых развитие экономики региона происходило медленнее, чем предполагалось в целевом сценарии. Данную стратегию по ее реализации уже ни однократно представляли представители общественности региона, специалисты Центра экономики инфраструктуры.

Основные приоритеты и акцент на развитие стратегии – основывается на развитие спроса, человеческого капитала, оптимальность в структуре экономического роста, и создании комфортной среды для жизни людей и общества в целом, а также территориального пространства в развитии Волгоградского региона. Эксперты из представительства Центра экономики инфраструктуры предложили модель по развитию г. Волгограда и Волгоградской области с учетом национальных и региональных целей, а также своих особенностей, по сформированию механизма по реализации, включив в план портфель национальные и региональные проекты на 2030 г.

Национальный проект – это инициатива, направленная на оптимальное достижение двух и более ключевых задач. Одна из них – обеспечить глобальную конкурентоспособность российского населения и достичь вхождение Российской Федерации в число первой 10 ведущих стран мира по качеству образования населения. С 2019г региональный национальный проект по Волгоградской области предполагает реализацию по 6 основным направлениям по развитию системы [4]:

- Молодые профессионалы
- Патриотическое воспитание граждан РФ
- Социальная активность
- Современная школа региона
- Успех каждого ребенка (личности)
- Цифровая образовательная среда.

Данные программы уже внедрены в процесс отдельных социальных структур, а также идет охват здравоохранения и другие важные секторы развития региона. Данные программы входят в модель стратегии по региону и продолжают развивать региональную политику, со стремительным охватом, даже в период пандемии на всей территории Волгоградской области, а не только по отдельным субъектам. Так же реализуются и ряд других направлений согласно плана реализации «Стратегии–2030».

Однако вернемся к медицинскому туризму, который является как составная часть экономики региона и индустрии туризма в целом. В связи с ухудшением эпидемиологической ситуации, снижается предпринимательская активность и резкое падение спроса как на медицинский туризм, так и туристические услуги в целом. Так же сокращается спрос на имеющуюся инфраструктуру и услуги в регионе из-за спада доходности населения. Для оптимального выхода из такой ситуации предполагалось бы принятие альтернативных управленческих решений, которые при адекватном и правильном соотношении с государственной поддержкой по обеспечению комфортной атмосферы в отраслях которые пострадали больше всего давали бы возможность выровнять баланс по бизнес-процессам в регионе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стратегия социально-экономического развития Волгограда до 2030 года. Утверждена решение Волгоградской городской Думы от 25.01.2017. – № 53/1539. – 47 с.
- 2/ О некоторых итогах реформ здравоохранения и медицинского образования в российской провинции. / Дьяченко В. Г. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2019. – № 1 (34). – С. 2.
3. Скворцова А. В. Медицинский туризм – как часть социальной медицины / Скворцова А. В., Скворцов И. П. // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. – № 2. – С. 64–66.
4. Скворцова А. В. Мотивационные аспекты туристических услуг Волгоградской области. / А. В. Скворцова, В. В. Горбачева, И. П. Скворцов // Успехи современной науки и образования. – Белгород: 2017. – № 1. – Т. 2. – С. 166–169.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РГБЛПУ «РПЦ» КЧР ПО КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА ЗА 2020 ГОД

Хаджилаева Фатима Далхатовна, Батчаев Арафат Аубекирович

*Россия, ФГБУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»
Научные руководители: кандидат медицинских наук,
доцент Коджакова Танзиля Шахарбиевна;
старший преподаватель, доцент Пономарева Евгения Борисовна*

Цель: выявить резервы снижения частоты операций кесарева сечения (КС) за 2020 год и реализовать их на практике в РГБ ЛПУ «Республиканского Перинатального центра» (РПЦ) Карачаево-Черкесской республики.

Методы: ретроспективное исследование и анализ частоты КС. Исследованы истории родов женщин за 2020 г. по классификации КС М. Робсона, отражающей клинически значимую динамику КС. Согласно данной классификации рассмотрено 10 групп женщин.

Результаты: за 2020г. по РГБ ЛПУ «РПЦ» КЧР зарегистрировано 3343 родов. Самая большая группа по классификации М. Робсон состояла из повторнородящих, с одноплодной доношенной беременностью, самостоятельно вступившие в роды, без КС в анамнезе. – 39 %; [1] на втором месте – первородящие с одноплодной доношенной беременностью, самостоятельно вступившие в роды – 16,7 % [2]; затем – повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС – 13,3 % [4]; первородящие с одноплодной доношенной беременностью, потребовавшие активного медицинского вмешательства (КС или индукция родовой деятельности) – 10,1 % [3]; повторнородящие с одноплодной доношенной беременностью, с головным предлежанием плода, с индукцией родов или КС до наступления родовой деятельности. – 9,3 % [1]. Самая высокая частота кесарева сечения наблюдалась у всех женщин с поперечным или косым положением плода (в том числе имеющие в анамнезе одно или несколько КС) – 100 % [1]; на втором месте: повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС – 98 % [4]; на третьем месте – повторнородящие с одноплодной беременностью с тазовым предлежанием – 73 % [1]; на четвертом месте – роженицы

с многоплодием, включая женщин с КС в анамнезе – 61 % [2]; пятое место – первородящие с одноплодной беременностью с тазовым предлежанием – 60 % [4]; шестое место – все роженицы на сроке гестации менее 37 недель, с одним плодом и его головным предлежанием – 39 % [2].

Вклад в частоту кесарева сечения в 4, 8, 9 и 6 группах не столь высокий – 1 %, 2 %, 2% и 3% соответственно [1]. Частота КС определяется в основном за счет 4 групп: повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС – 46,4 % [3]; первородящие с одноплодной доношенной беременностью, самостоятельно вступившие в роды – 13,6% [4]; первородящие с одноплодной доношенной беременностью, самостоятельно вступившие в роды – 9,7 % [2]; все роженицы на сроке гестации менее 37 недель, с одним плодом и его головным предлежанием – 9,7 % [1]. Но повлиять на уменьшение КС в 5 группе – повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС [2]; и 10 группе – все роженицы на сроке гестации менее 37 недель, с одним плодом и его головным предлежанием, весьма сложно [1], и следует направить усилия на 1 группу – первородящие с одноплодной доношенной беременностью, самостоятельно вступившие в роды [3], и 2 группу – первородящие с одноплодной доношенной беременностью, потребовавшие активного медицинского вмешательства (КС или индукция родовой деятельности) [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Егорова А. Т., Руппель Н. И., Маисеенко Д. А., Базина М. И. 2016. Комплексная оценка социального, репродуктивного и соматического анамнезов беременных при индуцированном многоплодии. Российский вестник акушера-гинеколога. 4: 69 – 73.
2. Жарова А. А. 2017. Состояние фетоплацентарного комплекса и перинатальные исходы при многоплодной беременности: автореф. дис... канд. мед. наук. – Москва, 24 с.
3. Киселевич М. Ф., Киселевич В. М. 2016. Течение беременности и родов при многоплодии. Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. 10: 56–59.
4. Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Калашников С. А., Ермолаева А. С. 2016. Перинатальные исходы при многоплодной беременности. Акушерство и гинекология. 4: 10–14.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ – ВЗГЛЯД ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**
*Шкарин Владимир Вячеславович, Ивашева Виктория Васильевна,
Емельянова Ольга Сергеевна, Симаков Станислав Владимирович,
Заклякова Виктория Денисовна*

Россия, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Развитие цифровых технологий в здравоохранении является приоритетным направлением во всем мире [1]. Формирование информационного пространства медицинских организаций направлено на решение большого комплекса задач – клинических, статистических, кадровых, финансовых, экспертных и т.п. При этом внедрение информационных технологий в медицинских учреждениях сопряжено с рядом проблем: нет единообразия программного обеспечения, ощущается серьезный недостаток финансовых средств, оргтехники, технического персонала, не решены вопросы классификации и терминологии информационных систем. На подготовительном этапе все это может осложнять повседневную работу врача, обуславливая тем самым потребность в оценке трудностей, с которыми сталкивается медицинский персонал и путей их преодоления. Ценным источником подобной информации является анкетирование медицинских работников по различным вопросам внедрения в медицинских организациях информационных систем.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить профессиональное мнение практикующих врачей по вопросам информатизации в здравоохранении и степени удовлетворенности функционирующей медицинской информационной системой по месту работы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработана оригинальная анкета, состоящая из 12 преимущественно закрытых вопросов, среди которых преобладали субъективные и прямые, выявляющие социально-психологическую установку респондента и его отношение к предмету опроса. Ряд вопросов, помеченных звездочкой (*), давал возможность выбрать несколько вариантов ответа и при анализе сделать рейтинговое заключение.

Опрос проводился в течение 2021 г. по принципу добровольности среди врачебного персонала лечебных учреждений Волгоградской области. Роздано 47 анкет, из которых 45 возвращены полностью заполненными (95,7 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

«Социологический портрет» респондентов представлен врачами в возрасте 41-60 лет (33, или 73,4 %), работающими преимущественно в амбулаторно-поликлинических учреждениях (20, или 44,4 %) государственной формы собственности (37 или 82,2 %), имеющими медицинский стаж работы более 21 года (30, или 66,7 %).

Уверенными пользователями ПК считают себя 71,1 % опрошенных, остальные – имеют малый опыт работы (22,2 %) или затруднились с ответом (6,7 %).

Используют в своей повседневной работе электронную медицинскую карту 81,8 %, респондентов, при этом значительному большинству (62,2 %) приходится одновременно дублировать информацию и в бумажных медицинских картах. Несмотря на это, в целом оценивают положительно удобство работы в медицинской информационной системы на своем рабочем месте 88,9 % опрошенных.

С внедрением информационных технологий объем оформительской, в том числе «бумажной» работы уменьшился только у 20 % опрошенных, в то время как 51,1 % респондентов отмечают значительное увеличение такого рода работы.

В настоящее время не существует единой информационной системы и программного обеспечения для всех медицинских организаций. Каждый регион и даже медицинская организация вправе заключать договоры с различными разработчиками медицинских программ. При этом проблемы, связанные с последующим сопровождением (модерацией) разработчиком своей информационной системы возникают у 84,5 % респондентов, а в 15,6 % случаев эти проблемы имеют постоянный характер. Полностью довольны функциональными возможностями внедренной в медицинской организации информационной системы лишь 13,3 % опрошенных врачей.

Основные проблемы, с которыми столкнулись медицинские организации при внедрении информационных технологий, по мнению респондентов, были – нехватка технического персонала – 46,7 %, нежелание работников осваивать электронные системы – 44,4 % и нехватка компьютерной техники – 37,8 % (допускались множественные ответы).

Ранжирование (на основании мнения респондентов) степени внедрения информационных систем в основных подразделениях и направлениях работы показало, что в первую очередь это – деятельность регистратуры (68,9 %), далее – ведение медицинской карты пациента (66,7 %), на третьем месте – подготовка и формирование статистических отчетов- 57,8 %. Наименьшее количество респондентов указало на дистанционный мониторинг пациентов из группы риска- 4,4 %.

В целом к цифровизации здравоохранения «положительно» и «скорее положительно» относятся 95,6 % респондентов. Негативно настроены лишь 4,4 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные опроса свидетельствуют, что подавляющее большинство опрошенных медицинских работников в целом положительно относятся к информатизации здравоохранения. При этом, по их мнению, в наибольшей степени информатизация внедрена в деятельность регистратуры и при ведении электронной медицинской карты. Вместе с тем, респонденты отмечают организационные и ресурсные проблемы, снижающие эффективность внедрения информатизации, а именно:

- многообразие программных продуктов и их разработчиков, мешающие зачастую интеграции программ,
- проблемы с качеством последующего сопровождения разработчиком программных продуктов,
- дефицит современной компьютерной техники и технического персонала в медицинских организациях,
- организационные проблемы, следствием которых является необходимость дублирования записей как в электронном виде, так и на бумажных носителях, что у большинства медицинских работников значительно увеличивает, а не уменьшает (как это планировалось) объем оформительских работ.

Решение указанных проблем должно осуществляться централизованно на уровне федеральных и региональных органов управления здравоохранением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цифровизация здравоохранения: достижения и перспективы развития / Заболотная Н. В., Гатилова И. Н., Заболотный А. Т. Экономика. Информатика. – 2020. – Т. 47. – № 2. – С. 380–389.

АНАЛИЗ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПРИ ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ

Шошинов Игорь Геннадьевич

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения Института непрерывного медицинского
и фармацевтического образования ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
доктор медицинских наук, доцент Шкарин Владимир Вячеславович*

Аннотация. Региональный сосудистый центр (РСЦ) для лечения пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) организован на базе государственного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» (ГУЗ «ГКБСМП № 25») 16.12.2014 на основании приказа Минздрава России № 928н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». Проанализирована динамика оказания хирургической помощи пациентам с ОНМК по геморрагическому типу в РСЦ ГУЗ «ГКБСМП № 25» за период 2015–2020 гг.

Ключевые слова: региональный сосудистый центр, организация помощи при ОНМК, летальность при геморрагическом ОНМК.

Введение

Актуальность проблемы ОНМК обусловлена их широкой распространённостью, высокими показателями смертности и инвалидизации [1]. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации достигает почти 3 триллиона рублей в год [2]. Кровоизлияния в мозг составляют до 30% всех ОНМК, поражая до 271 человека на 100000 населения в год. Показатель госпитальной летальности при этом достигает 50%, а инвалидизации – 80%. [3]. В 2008 г. в России в рамках реализации «Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации» организованы

первые региональные сосудистые центры. Основной целью программы стало внедрение новой системы оказания urgentной специализированной помощи пациентам с ОНМК [4].

Цель работы: изучение динамики хирургической активности и госпитальной летальности при ОНМК в РСЦ за 2015–2020 гг.

Материалы и методы исследования

Проанализированы данные годовых отчетов РСЦ за 2015–2020 гг. Изучена динамика показателей хирургической активности при ОНМК по геморрагическому типу за 6 лет функционирования РСЦ в двух группах пациентов за период 2015–2020 гг. Анализируемые показатели хирургической активности разбиты на две группы согласно двум временным этапам развития РСЦ 2015–2017 гг. и 2018–2020 гг. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК по геморрагическому типу осуществлялось с учетом требований «Клинических рекомендаций по ведению больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга», «Клинических рекомендаций по хирургическому лечению гипертензивных внутримозговых гематом». Проанализирована сравнительная динамика госпитальной летальности при ОНМК по геморрагическому типу в двух группах пациентов за период 2015–2017 гг. и 2018–2020 гг.

Результаты исследования и обсуждение

За 6 лет работы РСЦ (2015–2020 гг.) получили лечение 1918 человек с геморрагическим ОНМК, из них в течение первого этапа – пролечено 909 (47,4 %) пациентов с ОНМК по геморрагическому типу. За этот период число оперативных вмешательств составило 112 (12,32 % пациентов): 6,6 % (60 человек) из них имели разрыв артериальных аневризм головного мозга и 5,72 % (52 человека) – инсультные гематомы. Госпитальная летальность при ОНМК по геморрагическому типу с 47,77 % в 2015 г. выросла до 48,71% по итогам 2017 г. В течение второго этапа в РСЦ специализированную помощь получили 1009 человек с кровоизлияниями, что на 11 % больше, чем за первые три года. Из них прооперировано 25,86 % (261) лиц: 15,95 % (161) человек с артериальными аневризмами. 21,73 % в этой группе (или 3,46 % от общего количества) получили эндоваскулярное лечение. 10,3 % (104) пациентов оперированы по поводу инсультных гематом. Госпитальная летальность у лиц с геморрагическим ОНМК снизилась до 43,7 % по итогам 2020 г.

Выводы

По результатам 6 лет работы РСЦ установлен рост хирургической активности в 2 раза и снижение госпитальной летальности при геморрагическом ОНМК на 8,5% (до 43,70%). В течение последних лет привычные представления об инсульте, его причинах и подходах к хирургическому лечению претерпели изменение. Оснащение региональных сосудистых центров современным оборудованием для диагностики и лечения ОНМК значительно снизило количество противопоказаний к хирургическому лечению этого заболевания. При этом проблема лечения инсульта в настоящее время представляет задачу преимущественно организационного характера [5]. По-прежнему высокие цифры госпитальной летальности при ОНМК по геморрагическому типу диктуют необходимость дальнейшей оптимизации организации системы хирургической безопасности и оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК по геморрагическому типу в РСЦ на основании данных доказательной медицины и клинических рекомендаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доронин Б. М., Марущак А. А., Попова Т. Ф., Грибачева И. А., Петрова Е. В. Опыт работы регионального сосудистого центра по оказанию помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Новосибирске. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2016;116(8-2):88-90.
2. Концевая А. В., Драпкина О. М., Баланова Ю. А., Имаева А. Э., Суворова Е. И., Худяков М. Б. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 году. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2018;14(2): 156-166.
3. Дашьян В. Г. Хирургическое лечение геморрагического инсульта / Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва, 2009 г.
4. Скворцова В. И., Шетова И. М., Какорина Е. П., Камкин Е. Г., Бойко Е. Л., Алесян Б. Г., Иванова Г. Е., Шамалов Н. А., Дашьян В. Г., Крылов В. В. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Профилактическая медицина. 2018;21(1):4-10.
5. Лапатухин В. Г. «Нейрохирургическая помощь больным с нарушениями мозгового кровообращения в системе противоишемной службы областного города». Автореферат диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Москва, 2004 г.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Эртель Людмила Александровна

Россия, Кубанский государственный университет, г. Краснодар

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) в Российской Федерации – это комплекс мероприятий, который помимо медицинского вмешательства включает психологическую помощь и уход за неизлечимыми больными. Организовывается и реализуется ПМП с целью повышения «качества» жизни пациентов и облегчения у них боли при тяжелых заболеваниях. Она проводится организациями первичной и специализированной медицинской помощи, добровольными общественными организациями, органами социального обслуживания и защиты в зависимости от нуждаемости в предоставлении услуг как медицинского, так и иного характера. Финансирование данного вида помощи происходит из средств федерального (частично), регионального или местного бюджетов [1]. При этом на государственном уровне согласовывается перечень бесплатных или льготных средств по уходу за больными и лекарственных препаратов (ЛП).

В настоящее время в РФ ПМП регулируется рядом нормативных документов. Основным правовым актом, закрепляющим понятие ПМП и условия оказания этой помощи, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2]. Еще одним документом, определяющим процедуру предоставления поддержки неизлечимым (инкурабельным) больным, является Федеральный закон от 06.03.2019 № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» [3]. В новой редакции закона расширены права пациентов (п. 4 ч. 5 ст. 19), например, право на получение ПМП, а, именно, – облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, методами и ЛП, в том числе наркотическими средствами (НС) и психотропными веществами (ПВ). Кроме того, во исполнение перечня поручений от 28.12.2017 по итогам пресс-конференции Президента РФ от 14.12.2017 [4], указаний Президента РФ от 31.05.2018, а также в целях

реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» [5], принята ведомственная целевая программа «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» со сроками реализации 2018-2024 гг. [6]. Кроме того, Приказом Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019, утверждены Положения об организации ПМП, порядок взаимодействия медицинских организаций (МО), организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций [7].

В КК Распоряжением главы администрации Краснодарского края от 30.08.2019 № 276-р «Об утверждении региональной программы Краснодарского края «Развитие системы паллиативной медицинской помощи» [8], утверждена сама региональная программа и определены 13 целевых показателей эффективности ее реализации до 2024 г. Изменения, внесенные парламентариями КК на 23-й сессии Законодательного собрания в 3 краевых закона: «Об охране здоровья населения Краснодарского края», «О лекарственном обеспечении», «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», расширили перечень услуг при оказании ПМП неизлечимо больным пациентам и дали им возможность получать эту помощь не только в МО, но и на дому.

В крае развернуто 24 отделения ПМП и 667 отдельно лицензированные паллиативные койки круглосуточного стационара, в том числе для взрослых – 636, для детей -31. Помимо этого, ПМП в крае оказывается в 39 отделениях сестринского ухода на 816 койках. В крае создано 42 выездных паллиативных бригад для взрослых, специалисты которых оказывают медицинскую помощь пациентам на дому. Взрослое население также получает ПМП и в ГБУЗ «Хоспис г. Краснодара» МЗ КК, который открылся в краевом центре в 2015 г. на базе бывшей городской больницы №4 в Пашковском микрорайоне. Хоспис рассчитан на 70 коек, 40 из них закреплены за двумя отделениями паллиативной помощи, 30 – за койками сестринского ухода. В хосписе в основном оказывают обезболивающую терапию пациентам с онкологическими заболеваниями, тяжелыми травмами, сердечно-легочными заболеваниями и мозговыми катастрофами. Поликлиники КК имеют 64 кабинета паллиативной помощи, оснащены планшетами для проведения видеоконсультаций с врачами МО. Помимо оказания в амбулаторных условиях специализированной помощи тяжелым больным, в том числе на дому, осуществляется и социально-психологическая поддержка больных и их родственников.

В КК функционируют государственный хоспис, размещенный на базе детского отделения ГБУЗ «Городская клиническая больница №3». Он рассчитан на 20 коек и оказывает помощь детям от 3-х месяцев до 18 лет из всех муниципалитетов края. Кроме того, создано 13 детских выездных паллиативных бригад и в поликлиниках – 10 детских кабинетов паллиативной помощи.

В настоящее время координационный центр по ПМП в КК отсутствует, и организационно-методическую помощь МО оказывают главные внештатные специалисты по паллиативной помощи МЗ КК.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что паллиативная медицинская помощь в крае организована, функционирует, однако требуется коррекция модели оказания данного вида помощи для соответствия предложенным моделям для регионов с населением выше 2 млн. человек, совершенствования процесса автоматизации ведения регионального регистрации лиц, нуждающихся в паллиативной помощи, реализацию процессов синхронизации данных с Популяционным раковым регистром Краснодарского края и «Медицинским свидетельством о смерти» [9].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов: закон Краснодарского края от 12.2018 № 3929-КЗ. URL: <http://www.consultant.ru>, Дата обращения 28.05.2019.

2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ//СПС «КонсультантПлюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.

3. О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи: Федеральный закон от 06.03.2019 № 18-ФЗ// Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, Дата обращения 06.03.2019.

4. Заседание Совета при Правительстве РФ по паллиативной медицинской помощи: ГД РФ. URL: <http://duma.gov.ru/news/29628/>, Дата обращения 31.01.2019.

5. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения // Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, Дата обращения 29.12.2017.

6. Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 03.10.2019 N 831 «Об утверждении ведомственной целевой программы // СПС «ГАРАНТ». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72762228/>.

7. Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций

социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья: Приказ Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019 // СПС «ГАРАНТ». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72180964/>.

8. Об утверждении региональной программы Краснодарского края «Развитие системы паллиативной медицинской помощи: Распоряжение главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 30.08.2019 № 276-р // Официальный интернет-портал правовой информации администрации Краснодарского края. – URL: <https://admkrai.krasnodar.ru> Дата обращения: 02.09.2019.

9. Кардашова Н. В., Корогод М. А., Кошкаров А. А., Мурашко Р. А., Пеннер Д. В., Рубцова И. Т. Автоматизация ведения регионального реестра лиц, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи в Краснодарском крае. – URL http://www.kkod.ru/uploads/docs/2020_s1_hi_res_Kardashova.pdf (Дата обращения 28.10.2021).

СЕКЦИЯ 6. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.2

BIOETHICAL PROBLEMS IN MEDICAL CARE

Veeramalai Gounder Mathiyalagan Charles

*India, Russia, Volgograd State Medical University
Scientific supervisor: Candidate of Economics, Associate Professor
Svetlana Soboleva*

Introduction: health care practitioners are challenged with analyzing the bioethical concerns that arise when medical technology improves at a rapid pace. Bioethics strives to research and study how health care decisions are made by applying ethical concepts to the realm of medicine. It's a crucial part of ensuring that medical practices and procedures benefit the entire community.

Implications of bioethics in healthcare: the importance of bioethics varies from birth to death. Bioethics not only serves as a guide for medical practitioners in terms of clinical decision-making and medical technology improvements, but it has also played an important role in recent legislative changes and legislation.

There are four key principles in bioethics:

- **Autonomy:** Respecting a person's right to make their own decisions is one example.
- **Beneficence:** Treating individuals with respect.
- **Non-maleficence:** Do not do harm to others.
- **Justice:** To treat individuals with respect.

Position of a doctor and patient: the fundamental issue here is a doctor's and a patient's shared responsibility for the latter's life and health during their interaction. For medical professionals, a patient's attitude about his or her own health is critical to the entire therapy process.

Moral requirements to the position of the patient from the point of view of bioethics:

1. The responsibility in the face of the past.
2. The responsibility in the face of the future.
3. The responsibility in the face of the present.
4. The right to the worthy life.
5. The right to the health protection.
6. The right to the natural death.

Communication: in medical practice, communication is both an art and a fundamental instrument. Ethics conflicts should be discovered and handled through efficient communication between clients and healthcare providers, as well as attendants of clients, for the optimum delivery of services. Healthcare professionals must avoid conflicts of interest since it is their ethical responsibility not to get involved in such situations.

Conclusion: bioethics is important for medical workers to understand since it deals with health-care issues such as cloning, stem cell research, organ donation, euthanasia, abortion, and other similar issues. Unfortunately, an accurate understanding of such systems, methods, and practices, as well as their wide moral ramifications, is lacking. And the sad reality is that these ethical difficulties are getting worse by the day.

REFERENCES

1. <https://online.csp.edu/resources/article/bioethical-issues-health-care-management/>
2. Bioethical Issues in Health Care Management Posted June 2, 2017 | By Tricia Hussung.
3. M. S. Reddy and Starlin Vijay Mythri. Health-care Ethics and the Free Market Value System. *Indian J Psychol Med.* 2016 Sep-Oct; 38(5): 371–375. doi: 10.4103/0253-7176.191387PMCID: PMC5052947.
4. D Benatar. Bioethics and health and human rights: a critical view. *J Med Ethics.* 2006 Jan; 32(1): 17–20. doi: 10.1136/jme.2005.011775 PMCID: PMC2563274.

НРАВСТВЕННОСТЬ МЕДПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

***Зухурова Шахинабону Сидиковна, Гизатуллин Раис Хамзаевич,
Ахмадеева Лейла Ринатовна***

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Научные руководители:

кандидат медицинских наук, доцент Гизатуллин Раис Хамзаевич,

доктор медицинских наук; профессор Ахмадеева Лейла Ринатовна

Медицина – это этически управляемая профессия из-за доверия к врачам, которое делает добро своим пациентам, и ответственности, которую это налагает. Поэтому крайне важно, чтобы медицинская этика обеспечивала высокие моральные стандарты, которых врачи должны придерживаться. Врач – это один из древних знатных профессий, призвание которого выручать самое дорогое, что есть у человека – его жизнь [1, 2]. Обязанности врача заботиться о больном, нести ответственность за его здоровье, за назначенное им лечение, не смотреть на больного как на источник обогащения, держать историю болезни и хранить сведения, касающиеся обстоятельств жизни пациента и в тайне, то есть его поведение должно соответствовать определенным моральным требованиям. Моральные требования касаются всего общества, ибо оно не может существовать, если поведение его членов не будет соответствовать определенным нормам [1]. Касаемо врача, это своего рода кодексы поведения, совокупность моральных норм, принципов, правил, регулирующие его отношения с пациентами, коллегами, которые составляют содержание профессиональной этики [2, 3].

Ведущее предназначение профессиональной этики в критериях профессиональной работы людей – способствовать удачному претворению в жизнь профессиональных обязательств: посодействовать специалисту, игнорировать промахи, избирать высокоморальную линию поведения, предоставить ориентиры для заключения всевозможных обстановок, сообразно своеобразным притязаниям профессии. Моральные требования касаются всего общества, ибо оно не может существовать, если поведение его членов не будет соответствовать определенным нормам.

Клятва Гиппократа основана на принципах: – не причинения вреда; – милосердия (обязательного оказания помощи больному); – доминанты интересов больного и заботы о нем; – уважения к жизни; -отрицания эвтанази; -недопущения интимных связей с пациентами; – личного совершенствования; – конфиденциальности (врачебная тайна) и др. Долг, обязанность, честь (этические принципы личности и моральные качества, достойные уважения и гордости), совесть (чувство нравственной ответственности, осознание общественного долга); достоинство (совокупность высоких моральных качеств); счастье – состояние и чувство и полного удовлетворения (успех, удача). являются категориями этики.

В отличие от морали, внешним требованием к поведению врача, нравственность является его внутренней установкой, внутренний способ регуляции поступков согласно своей совести и свободы воли. У нравственного человека, врача совесть – внутренний судья, который управляет и судит его действия, а у такого кто управляется лишь только общепризнанными мерками морали его воздействия ориентированы на наружного оценивающего субъекта – иного человека, начальство, сослуживца, общества.

В связи распространения COVID-19 во множества государствах выявилась неготовность систем здравоохранения к работе в критериях чрезвычайной истории и проведению вовремя лечебных мероприятий. Страны столкнулись с проблемами как перегруженность больниц, нехваткой медперсонала, недостатком оснащения и средств для диагностики и лечения и др. А в критериях недостатка медицинских работников и оснащения, кому в первую очередь оказывать помощь? Кого выручать и дать аппарат искусственного дыхания, а кого оставить умирать? А в случае если один богатый, а другой бедный? Обязаны ли отличия раскладов по данному критерию? Так как в мирное время, богатые могут себе позволить отдельно оборудованные палаты и более высокого уровня обслуживание за отдельную плату. С точки зрения нравственных общепризнанных норм эта постановка вопроса чудовищна тем, что в критериях экстремальной этики доктору приходится дать умереть одному, чтобы вылечить других. К примеру, в этап пандемии, в нью-йоркских клиниках, приоритетность больного ориентируется, исходя из такого, сколько лет жизни может продлить ему интенсивная терапия.

Первая воплощает **утилитаризм**, это такое направление в этике, считающее пользу основным критерием человеческих поступков. Одни и те же ресурсы, если распределить их между самыми «излечимыми», могут продлить жизнь большего числа людей на долгие годы.

Вторая система – **эгалитаризм** – это предоставить всем равные условия для выживания, что означает проявление большей заботы о тех, кто больше всего в ней нуждается, то есть равный доступ к благам медицины посредством приоритетной помощи, наименее защищенным, компенсация их физической инвалидности лечением.

Нынешняя пандемия стала большим испытанием для врачей, которые постоянно сталкиваются с такой дилеммой из-за ситуации. Даже появился термин «этика коронавируса» [2]. Такая дилемма, порождение не сегодняшней пандемии, она как врача волновало еще со времен эпидемии холеры 1892 года А. П. Чехова, который писал: «Способ лечения холеры требует от врача, прежде всего медлительности, то есть каждому больному нужно отдавать по 5–10 часов, а то и больше. То есть если лечить всех по несколько минут, то все и умрут. А с должным усердием вылечишь одного – умрут остальные. Кого же в первую очередь лечить – самых безнадежных (без помощи точно умрут) или обнадеживающих (а вдруг сами выживут)?»

По словам А. С. Суворину, Мелихово, (1892): «Положение мое будет глупее дурацкого. Пока я буду возиться с одним больным, успеют заболеть и умереть десять».

В первую очередь помощь должна оказываться тем, кто сам оказывает помощь, – заразившимся медперсоналу (врачам, сестрам, санитарам, а также работникам спасательных служб) они спасают других людей, они заслуживают приоритетного лечения, которое тем самым умножит благотворное действие медицины: вылечишь врача – вылечишь всех его будущих пациентов.

Лучший совет при выборе верного воздействия имеет возможность предоставить сама реальность. В целом перевес реальности над нашей возможностью, к деянию – наименьший и, как правило, ориентируется только порядком рефлексии: сначала подумай негативные, а затем уже положительные последствия собственного поступка. Вследствие этого любой нравственный активизм и усердие к добру, тем более групповому, системному,

направленному на коренное изменение реальности, обязаны в первую очередь проверять себя предписанием, относящим к той же клятве Гиппократов: *Primum non nocere*. «Прежде всего не навреди. А уже затем приноси пользу».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубарь, О. И. Этическая составляющая планирования и управления в период эпидемий и пандемий / О. И. Кубарь, А. Ж. Асатрян. // Этика инфекционной патологии. /Под общей ред. О. И. Кубарь. – СПб. : ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2014. – С. 61–72.
2. Кубарь, О. И. Этический комментарий к COVID-19 / О. И. Кубарь. // Инфекция и иммунитет. – 2020. – Т. 10. – № 2. – С. 287–294.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико, Б. К. Данилкин. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2007 – 816 с.

СПЕЦИФИКА КОНФЛИКТОВ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ

Кадырова Алия Кабировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Голиков Вячеслав Владимирович*

Аннотация. В данной статье указаны способы разрешения конфликтных ситуаций в системе медицинских организаций, описан анализ разрешения конфликтных ситуаций, приведены статистические данные количество конфликтных ситуаций, выполнен анализ причин возникновения конфликтов, подтверждены гипотезы управления конфликтами, определена специфика конфликтов различных категорий медицинского персонала.

Ключевые слова: врачебная этика, стрессогенность, судебные инстанции, конфликты медицинских работников, специфика управления конфликтами.

Актуальность темы данной статьи заключается в том, что постоянно увеличивается значение практических рекомендаций о том, как медицинским специалистам следует вести себя в предконфликтной, в конфликтной, а также в послеконфликтной ситуации, а самое главное, как сделать таким образом, чтобы возникающие противоречия не приводили в тупик стороны конфликта.

Врачебная этика затрагивает вопросы, касающиеся нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, а также совести и достоинства врача.

Вместе с тем врачебная этика занимается изучением качества медицинского обслуживания, которое в свою очередь зависит от квалификации врача, от его поведения с пациентом, со своими родственниками и коллегами, а также со средним медицинским персоналом медицинского учреждения.

Согласно статистическим данным, количество конфликтных ситуаций за последнее время имеет тенденцию к увеличению [1]. В частности, это обусловлено изменением социально-экономических условий в стране, появлением новых заболеваний, ростом правового сознания гражданского населения, а также повышением стоимости предоставляемых медицинских услуг и высокой конкуренцией в медицинской сфере.

При рассмотрении отношения медицинских работников лечебного учреждения к возникающим конфликтам были получены следующие данные (Рисунок 1): 65% опрошенных относятся к конфликтам отрицательно, 26 % опрошенных относятся скорее негативно, чем положительно, а 9% опрошенных относятся к конфликтам положительно.



Рис. 1. Диаграмма: отношение к конфликтам в коллективе

Можно утверждать, что среди медицинских работников довольно широко распространено негативное отношение к конфликтам в трудовом коллективе. Положительное отношение опрошенных сотрудников к конфликтам можно объяснить пониманием того, что не каждый конфликт является деструктивным конфликт, и часто может иметь функциональный характер, который способствует развитию организации.

Абсолютные показатели ответов на вопрос «Конфликты, какого уровня наиболее часто происходят в Вашем коллективе?» представлены в виде указанной ниже таблицы 1.

Таблица 1.

Оценка уровня конфликтов

Варианты ответов	Количество ответов (чел)
Подчиненный – руководитель	6
Между коллегами	13
Конфликты с участием всех категорий сотрудников	4
ИТОГО:	23

Вместе с тем, данные оценки уровня конфликтов отражены на диаграмме рисунка 2.



Рис. 2. Диаграмма: оценка уровня конфликтов

Мнение относительно того, что при всем своем негативном отношении к конфликтам в коллективе медицинских работников конфликты возникают по большей части между руководителями и подчиненными, чем между коллегами подтвердилась не в полной мере.

При изучении всех конфликтов, которые возникали внутри трудового коллектива лечебного учреждения, большую часть составили конфликты вида «сотрудник-сотрудник» [2]. Конфликты подобного рода, зачастую имеют производственный характер, вместе с тем, среди таких конфликтов можно выделить горизонтальную, вертикальную и смешанную направленность.

На основе полученных данных был выполнен анализ причин возникновения конфликтов. Показатели ответов на вопрос: «В какой степени данные характеристики, по Вашему мнению, зачастую могут приводить к конфликту?» имеют значения, показанные в таблице 2.

Таблица 2.

Характеристики, которые способны приводить к конфликту

Варианты ответов	Количество ответов (чел)
Непрофессионализм	10
Особенности темперамента	6
Недоброжелательное отношение	7
Итого:	23

Таким образом, непрофессионализм является тем преобладающим фактором, который чаще всего способен провоцировать возникновение конфликта.

Можно сделать вывод, что основной причиной в исследуемом отделении лечебного учреждения является неточное распределение обязанностей среди сотрудников. Это означает, что обязанности и права должны быть распределены лучше.

Анализ поведения участников конфликта приведен ниже в таблице 3.

Таблица 3.

Субъективная оценка стратегии поведения медицинских работников в ситуации конфликта в отделении больницы

Стратегия поведения	Отношения с:			
	руководителем		коллегой	
	Абсолютная частота	Относительная частота	Абсолютная частота	Относительная частота
1. Соперничество	1	4,3%	3	13,1%
2. Приспособление	12	52,2%	1	4,3%
3. Сотрудничество	3	13,1%	13	56,6%
4. Избегание	5	21,7%	1	4,3%
5. Компромисс	2	8,7%	5	21,7%

При взаимодействии с руководством 52,2 % опрошенных сотрудников, предпочитают просто уступить своему руководителю желая уйти от конфликта. При взаимодействии со своими коллегами 56,6 % опрошенных сотрудников выберут стратегию сотрудничества, а 21,7 % пойдут на компромисс [3].

Таким образом, при разрешении конфликтов преобладают сотрудничество, приспособление, и компромисс перед соперничеством и избеганием [4].

Исходя из анализа разрешения конфликтных ситуаций, можно сделать вывод, что для руководства в большей степени является характерным метод объективного разрешения конфликтных ситуаций, что в свою очередь подтверждает ранее выдвинутую гипотезу.

Данные в таблице 4 дают точное представление о том, что в целом в лечебном учреждении есть необходимость изменений практически во всех областях деятельности: организации работы, составу руководства, системе оплаты труда.

Таблица 4.

«Если бы Вы были руководителем, какие реальные изменения в Вашей организации Вы бы осуществили?»

Варианты ответов	Изменил бы все полностью (чел.)	Необходимы определенные изменения (чел.)	Сохранил бы все без изменений (чел.)
По организации работы	8	8	7
По составу руководства	8	14	1
По основным направлениям деятельности организации	3	5	15
По системе оплаты труда	22	0	1

Таким образом, в процессе проведенного исследования получила подтверждение гипотеза о том, что процесс управления конфликтами будет эффективнее при изменении ситуации не только в отдельном коллективе отделения, но также и в организации процессов по лечебному учреждению в целом.

Конфликт может быть функциональным конфликтом и при этом способствовать увеличению эффективности функционирования организации [5]. Либо конфликт может быть дисфункциональным конфликтом и снижать личную удовлетворенность, удовлетворенность группового сотрудничества, а также эффективность деятельности организации в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буртовая, Е. В. Конфликтология : Учебное пособие. // Е. В. Буртовая. – М. : ЮНИТИ, 2003. – 512 с.
2. Драчева, Е. Л. Менеджмент : Учебное пособие. // Е. Л. Драчева, Л. И. Юликов. – 2-е изд., стер. – М. : «Академия», 2002. – 288 с.
3. Дуракова, И. Б, Волкова Л. П., Управление персоналом : Учебное пособие : ИНФРА-М, 2010. – 570 с.
4. Емельянов, С. М. Практикум по конфликтологии: Учебное пособие. – СПб. : ПИТЕР, 2009. – 384 с.
5. Князев, С. Н. Управление: искусство, наука, практика. – М. : «Армита», 2002. – 512 с.

УВАЖЕНИЕ УЯЗВИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА В БИОЭТИКЕ

Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна,

Попенко Кирилл Артемович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Биоэтика, являясь принципом «уважения прав и достоинства человека» – подразумевает собой наличие у пациента прав на осведомленность о своем диагнозе, возможного лечения, негативных последствиях, рисках, сохранения конфиденциальности, участия в лечении и даже, право на отказ от него [1].

Одним из основных принципов биоэтики является уязвимость, считающийся специфическим принципом. С одной стороны, уязвимость выражает человеческие ограничения и слабость, с другой стороны, она представляет моральные и этические принципы действий. Данный принцип распространяется на отдельные группы населения, к которым относятся дети, люди пожилого возраста, инвалиды по состоянию здоровья, лица, страдающие психическими расстройствами, граждане с низким уровнем достатка и т.д. Согласно Закону РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" [5], у всех должна быть возможность и право на медицинскую помощь, соблюдение всех остальных принципов биоэтики и равное отношение. Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение [2]. Существующие стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, утвержденные на основании декларации о правах инвалидов [6], декларации о правах умственно отсталых лиц [7], декларации социального прогресса и развития [8], принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, провозглашают принцип равных возможностей для всех граждан.

Во многих системах здравоохранения пациенты имеют определенный выбор в отношении своего лечения, включая возможность и полного отказа от лечения. Этот выбор подвержен значительным ограничениям. Он не включает в себя лечение, которое является ненужным и опасным для пациента. Выбор пациента часто ограничен его бюджетом, тем не менее, у многих пациентов

действительно есть некоторый выбор в отношении формы их лечения. Существует множество этических проблем, которые могут повлиять на пациентов и их семьи в медицинских учреждениях. Одной из значимых проблем являются трудности, связанные с доступом к необходимым медицинским услугам для пожилых, хронически больных и душевнобольных граждан.

Уязвимость стала популярной, хотя и противоречивой темой в биоэтике, особенно с 2000 года. В результате появилась общая совокупность знаний: различие между типами уязвимости; критика классификации групп населения, считающимися уязвимыми и практические последствия. Существуют две точки зрения по данному вопросу – философская и политическая. Являясь явлением глобализации, уязвимость возможно должным образом устранить только в рамках глобальной биоэтики, имеющей серьезное отношение к социальному измерению существования человека.

Мы выделяем два элемента данной проблематики, во-первых, маргинализация таких групп населения, как пожилые люди и лица, страдающие психическими расстройствами, из-за негативного к ним отношения многих граждан. Другим элементом является историческое отсутствие приоритета потребностей данных групп населения в схемах распределения финансирования в сфере здравоохранения. Социально или экономически обездоленные или психически больные пациенты нуждаются в соответствующей информационной деятельности для обеспечения удовлетворения своих потребностей.

У нас есть этическое обязательство признавать и оспаривать дискриминационные убеждения в отношении возраста, культуры и психических заболеваний, которые являются культурно и социально обусловленными, чтобы снизить риск эмоционального и физического вреда уязвимым в больницах и домах престарелых. Часто эти проблемы возникают, когда ресурсы ограничены.

Принцип уязвимости должен работать комплексно, уравнивая конкурирующие интересы и формируя законодательство и политику, наряду с другими основными принципами биоэтики, таким образом, способствуя ответственности, солидарности и социальной справедливости и в сфере здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гоглова О. О., Ерофеев С. В., Гоглова Ю. О. Биомедицинская этика // Питер. – 2013. – № 1. – С. 2.
2. И. В. Силуянова. Биомедицинская этика // Юрайт. – 2016. – №1 – С. 12.
3. В. С. Лучкевич. «Основы социальной медицины и управления здравоохранением» // СПбГМА. – 1997. – № 1 – С. 26.
4. Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилков «Основы социальной медицины» // Академия. – 2007. – №1. – С. 221.
5. Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1 (последняя редакция) / КонсультантПлюс (consultant.ru)
6. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.93) от 20 декабря 1993 – docs.cntd.ru
7. Декларация о правах умственно отсталых лиц (Принята 20.12.1971 Резолюцией 2856 (XXVI) на 2027-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) – КонсультантПлюс (consultant.ru)
8. Декларация социального прогресса и развития (Принята 11.12.1969 Резолюцией 2542 (XXIV) на 1829-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) – КонсультантПлюс (consultant.ru)

**БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ
НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ
В ДИАЛОГЕ «ВРАЧ-ИНОСТРАННЫЙ ПАЦИЕНТ»**

*Гуревич Максим Леонидович,
Соцкова Марианна Александровна*

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат филологических наук,
доцент Брейгер Юлия Михайловна*

Актуальность проблемы коммуникации врача и иностранного пациента обусловлена тем, что в последнее время межкультурная коммуникация вышла на абсолютно другой уровень. Увеличился масштаб пересечения народов разных стран мира. Именно поэтому межкультурная коммуникация играет одну из главных ролей в современном обществе. Трудности в процессе межкультурного общения возникают во всех сферах жизни человека. Но на наш взгляд, большего внимания заслуживает связь этой проблемы с медициной. Именно коммуникация «врач-иностранный пациент» вызывает множество вопросов, требующих поиска нестандартных решений.

Объектом нашего исследования является языковая коммуникация в процессе диалога «врач-иностранный пациент».

Предметом исследования выступают пути решения проблемы взаимодействия «врач-иностранный пациент».

Гипотеза исследования. В Волгограде, как и в других городах России существует проблема коммуникации «врач-англоговорящий пациент», которая требует нестандартного подхода в её решении.

Цель нашего исследования: предложить возможные пути решения проблемы коммуникации «врач-иностранный пациент».

Задачи исследования:

1. выявить и подтвердить существование проблемы коммуникации «врач-иностранный пациент» как одну из актуальных проблем современной биоэтики;
2. проанализировать трудности межкультурного общения;
3. предложить возможные нестандартные пути решения проблемы.

В ходе исследования применялись следующие методы: систематический отбор, контекстный анализ.

Материалом исследования послужил опрос десяти частных медицинских учреждений города Волгограда.

Тема межкультурной коммуникации является одной из наиболее актуальных проблем современности, особое место она занимает в России в связи с разнообразием народов и национальностей. Несмотря на разносторонность темы межкультурной коммуникации, наибольшее внимание стоит уделить её присутствию в медицинской сфере, так как малейшее недопонимание между врачом и пациентом может привести к непоправимым последствиям [1].

Одним из самых сложно преодолеваемых барьеров является языковой, рассмотрим его причины:

Лингвистическая причина связана с умением применять теорию на практике, а именно правильное использование времени и грамотное формирование предложений. Психологическая причина является следствием переживания, стеснения, страха сделать ошибку или не понять собеседника.

В 2017 году проводилось исследование межкультурной коммуникации у студентов при изучении иностранных языков, в результате которого выяснилось, что лингвистический барьер преодолеть значительно проще, поскольку он связан с объективными трудностями, в отличие от психологического, причины которого значительно глубже. В процессе исследования выяснилось, что данная проблема чаще всего проявляется у скромных, застенчивых студентов или у людей с синдромом перфекциониста.

Также, как показало исследование, еще одними причинами психологического барьера являются неудачный опыт использования иностранных языков, отсутствие мотивации к обучению, слабый самоконтроль и низкая организация учебного процесса [3].

Пути преодоления барьера в теоретическом плане сводятся к трем пунктам, а именно – признание наличия барьера, затем выяснение его причин, наличие мощной мотивации и присутствие условий, ресурсов для его преодоления.

Каким же образом данная проблема решается в практической деятельности? Для ответа на данный вопрос рассмотрим пути решения коммуникационного барьера в больницах и поликлиниках города Волгограда.

В ходе исследования было выявлено, что в восьми из десяти клиниках города Волгограда нет штатных переводчиков, работающих на постоянной основе. В случае необходимости обслуживания иностранного пациента, клиники пользуются услугами сторонних организаций по переводу или услугами частных переводчиков.

Таким образом, основными путями преодоления барьера в практической медицине являются наличие штатного переводчика или же пользования сторонними сервисами услуг по переводу. Как уже говорилось выше, данная проблема имеет особую важность в медицинской сфере. В лучшем случае последствием будет простое недопонимание и обращение к другой медицинской организации. Например, англоговорящий пациент, пришедший в клинику «НМЧУ Здоровье+», которая располагается в Кировском районе Волгограда, для сдачи ПЦР-теста на определение инфицирования организма новой коронавирусной инфекцией COVID-19, не смог получить должную помощь даже за деньги, так как в штате данного медицинского учреждения нет переводчика. Поэтому, иностранному пациенту пришлось обратиться в другое учреждение для получения квалифицированной помощи на его родном языке. Однако, существуют случаи недопонимания, которые привели к летальному исходу.

Так, в 2011 году на Тайване из-за врача, который плохо знал иностранный язык, здоровью нескольких пациентов нанесен был серьезный вред. Поскольку медик не смог правильно перевести с английского результаты анализов, больным были пересажены органы ВИЧ-инфицированного донора [2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баракат Н. В. Истоки становления понятия «общение» в сфере медицины: междисциплинарное исследование // Альманах современной науки и образования, 2009. – № 12–1. С. 148–151.
2. Михайлов А. На Тайване нескольким пациентам пересадили органы от ВИЧ-инфицированного донора. [Электронный ресурс]: Сайт новостей первого канала. URL: <http://www.1tv.ru/news/world/183794> (Дата обращения: 03.06. 2016).
3. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: дис. д-ра филол наук – Волгоград, 2008. – 407 с.

СЕКЦИЯ 7. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

УДК 339.13

ИССЛЕДОВАНИЕ КОНКУРЕНЦИИ НА РЫНКЕ СЕТЕЙ БЫСТРОГО ПИТАНИЯ

Барышникова Анастасия Алексеевна, Барчаев Загиди Икранович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение. Конкуренция – это соперничество между субъектами рынка за лучшие условия производства, продажи и покупки товара.

Роль конкуренции:

- позволяет расширять ассортимент товаров и услуг;
- производители стремятся повышать качество продукции;
- уравнивает спрос и предложение;
- устанавливает оптимальную цену.

Факторы, влияющие на характер конкуренции, делятся на внешние и внутренние.

К внешним относятся международные, политические, социально-демографические, научно-технические факторы, а также поставщики, покупатели, конъюнктура рынка, состояние отрасли, законодательство.

К внутренним относятся организационная структура управления, корпоративная культура (организации), издержки, материально-техническая база, научный потенциал, внедрение инноваций на производстве.

Целью настоящей статьи является исследование стратегии, рисков, истории развития ресторанов быстрого питания и маркетинговая война между популярными ресторанами.

По подсчетам специалистом, каждый год российский рынок ресторанов быстрого питания расширяется на 15-20%, в результате чего входит в список мировых лидеров. Причинами популярности фаст-фуда являются быстрота приготовления, доступная цена, простота обслуживания, что привлекает большое количество молодых и занятых людей.

В настоящее время большинство людей посещает рестораны быстрого питания. Не найдется человека, который не слышал бы о таких компаниях, как McDonalds или Burger King. Но по какому принципу люди выбирают, какое заведение лучше посетить? Как удастся сетям ресторанов быстрого питания при такой серьезной конкуренции оставаться на плаву? И в чем проявляется эта конкуренция?

Объект исследования. В качестве объекта исследования были определены рестораны быстрого питания McDonald's и Burger King

Методы и материалы. Был проведен опрос среди людей возрастом от 18 до 25 лет, какое из заведений они посещают чаще и почему. Исследованы методы привлечения внимания населения обеих компаний, а также маркетинговая война между двумя крупными сетями ресторанов.

Результаты и обсуждения

Сеть ресторанов McDonald's создали братья Макдоналды в 1940 году, введя понятия “быстрое обслуживание” и “самообслуживание”. Сети не приходилось набирать официантов, а покупатели сами забирали свой заказ.

Позже у братьев выкупили все права на бренд. Компания McDonald's создала символ- клоун Рональд Макдональд, а на телевидении появилась реклама. Эти действия привлекали большое количество клиентов, и до 2010 года сеть ресторанов считалась самой большой.

Вдохновившись братьями Макдоналдами, Кейв Крамер и Мэтью Бернс основали Burger King в 1953 году. Свои точки они назвали Insta-Burger, но позже продали сеть Дэвиду Эдгертону и Джеймсу Макламу, которые переименовали ее уже в известное всем название.

В меню Burger King появляется Whopper-бургер, являющийся отличительной особенностью сети ресторанов, - как это было и с Big Mac у McDonald's. Однако выпуском “особого” гамбургера Burger King не ограничился: на примере клоуна Рональда он выпускает героев Wizard Fries и Sir Shake-A-Lot.

Со временем силы обеих сетей ресторанов росли, и тогда Burger King пустил в ход тяжелую артиллерию: создается рекламная кампания против конкурента. Она отражалась в высмеивании продукции McDonald's, выпуске рекламных роликов против конкурентной сети ресторанов. Подав в суд на Burger King, McDonald's лишь привлек внимание СМИ. Тогда продажа продукции у бренда Burger King выросла на 11 %, в то время как у McDonald's только на 3 %. Но тактика в виде агрессивной рекламы не помогла Burger King выбиться сети в лидеры.

Маркетинговая война между компаниями продолжается и по сей день. Но маркетинговые войны подразумевают кратное увеличение затрат на размещение креативной рекламы. Да и само размещение рекламы в целом приходится изменять в зависимости от стратегии конкурента. Поэтому для поддержания войны необходимо увеличение бюджета.

По проведенным исследованиям среди жителей Волгограда в возрасте 18–25 лет было выяснено, что более 60 % потребителей предпочитают McDonald's.

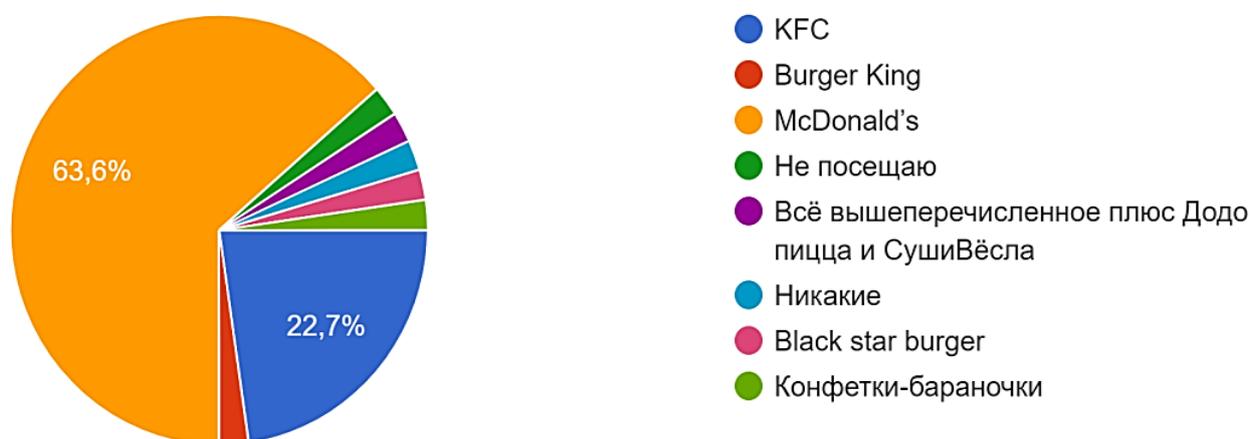


Рис. Ответы респондентов на вопрос:
Какие рестораны быстрого питания вы посещаете чаще всего?

Проанализировав результаты, выяснили, по какому принципу население выбирает ресторан быстрого питания:

- 45 % выбирают качество еды и предлагаемую продукцию;
- 18 % ориентируются на акции, проводимые ресторанным;
- 37 % выбирают по близости расположения ресторана;

Действительно, ресторанов McDonald's гораздо больше, чем Burger King. Они находятся почти в каждой точке, через которую ежедневно проходит большое количество людей. Также McDonald's проводит акции, которые привлекают молодых людей: дарит стаканы, дополнительный бургер, купоны на скидку за покупку продукции.

Вывод: Стараясь привлечь к себе внимание большего количества покупателей, производители создают рекламу и акции своей продукции, расширяют товар.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брендбук «McDonald's» [Электронная библиотека]: scribd.com / URL: <https://scribd.com>
2. Назаров О. А. Как "раскрутить ресторан". – М.: Энциклопедия ресторатора. – 2004. – 510 с.
3. Радченко Л. А. "Обслуживание на предприятиях общественного питания" / Учеб. пособие для колледжей, профессионально-технических училищ /. (Сер. "Учебники XXI века"). – Ростов н/Д: Феникс, 2001. – 384 с.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БРЕНДИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОССИИ

Блинова Валерия Александровна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Тажибов Азиз Абдулвагабович*

Термин «бренд» имеет древненорвежское происхождение, викинги глаголом «brandr» называли процесс клеймения товаров. На протяжении всего существования он изменялся и корректировался. В настоящее время понятие «бренд» определяют, как набор последовательных, функциональных и побуждающих к действию обещаний конкретному потребителю, которые определяются им как уникальные и значимые, и максимально отвечают его потребностям [2].

Создание и позиционирование бренда является существенным шагом к успеху компании и поэтому вопросы брендинга находятся в числе первоочередных у высшего управленческого звена компании. Современные компании практикуют огромное количество разнообразных подходов к разработке собственных брендов. В них бренды опираются на конечные результаты общих целей и задач производителей как владельцев брендов, а также их партнеров и конечных потребителей. Позиционирование любого бренда является важнейшей составляющей брендинга в компании и предполагает утверждение четкой позиции бренда, отличие его образа и ценности по сравнению с брендами конкурентов. Брендинг формирует отдельную нишу для потребителей. Правильные решения в сфере позиционирования компании способны оптимизировать недостатки производства, снизить производственные расходы или оптимально распределить их в подразделениях компании.

В мировой практике используются два альтернативных подхода к управлению брендами – западная (евро-американская) модель и азиатская (японская). Управление брендами в компании направлено на увеличение ее совокупного капитала за счет оптимизации брендов с помощью определения качества и степени их дифференциации. В рамках управления брендами реализуются две основные цели компании: во-первых, удовлетворить

потребности целевых ниш потребительского рынка лучше, чем конкуренты, а во-вторых, избежать внутренней конкуренции брендов, не допустив пересечения позиций отдельно созданных брендов компании [3].

Создание бренда любой компании представляет собой сложный и многонаправленный процесс, интегрирующий работу множества специалистов и партнеров компании в проекте, успех которого должен определяться способностью руководителя компании оптимально сформировать команду специалистов, распределить их полномочия для целенаправленного использования управленческих, интеллектуальных и творческих ресурсов компании [1].

В настоящее время в России брендинг находится в центре внимания большинства медицинских организаций.

Медицинский брендинг – это специфическая деятельность в сфере здравоохранения, направленная на разработку медицинского продукта с целью продвижения его на рынке, по обеспечению его индивидуальности, а также мониторинг на соответствие требованиям рынка.

В этих условиях задача брендинга заключается в повышении осведомленности потребителей для того, чтобы их привязать к товару компании.

Приоритетность брендинга для клиники: бренд клиники – бренд услуги – бренд врача. При этом приоритетность для конкретной личности врача: бренд врача – бренд клиники – бренд услуги [4].

Для медицинской компании, предоставляющей медицинские услуги, брендинг также является важным видом деятельности, так как он направлен на создание устойчивых эмоциональных взаимоотношений как с пациентами, так и посетителями, а именно через эмоциональные взаимоотношения брендинг направлен уже и на управление их предпочтениями. Бренд, являясь основным инструментом брендинга в медицине, объединяет в себе такие понятия, как «продукт», «торговая марка» и «дополнительная ценность», и он же продвигает те значимые эмоциональные ценности, которые важны именно для посетителей и пациентов медицинских учреждений, и вызывает у них ответное чувство расположения к медицинской торговой марке, а также к ее владельцу. Сформированные таким образом симпатии у целевой аудитории по отношению к бренду позволяют достигать поставленных бизнес-целей, среди которых и увеличение стоимости продукции, и максимизация прибыли в бизнесе, и максимизация доходов во всех перспективах.

Для того чтобы быть продвигаемым, бренд компании на рынке медицинских услуг должен передавать своей целевой аудитории значимые для нее эмоциональные ценности (см. табл. 1) [3].

Таблица 1.

Свойства медицинских услуг, используемых для создания бренда

Свойства медицинских услуг	Эмоциональные ценности, транслируемые брендом и значимые для целевой аудитории
Неосвязаемость	Обещанный результат заключается в том, что информационная прозрачность, формирование уверенности в том, что максимально возможный для пациента результат достигается в самые короткие сроки с использованием наилучших технологий и процедур
Неотделимость от источника	Надежность источника заключается в заботе о пациенте с высоким профессиональным уровнем для осуществления квалифицированным персоналом профессиональной помощи с использованием современного оборудования
Непостоянство качества	Высокое качество заключается в укреплении уверенности пациента в его завтрашнем дне, в том, что современное профессиональное оборудование, технологии и процедуры, которые используются при обслуживании пациентов, дают ожидаемый результат высокого качества
Несохраняемость	Постоянство заключается в дружелюбии, стремлении к сохранению долговременных доверительных взаимоотношений с пациентами и посетителями
Невозможность демонстрации	Демонстрация возможностей заключается в общительности, готовности продемонстрировать свои возможности по предоставлению медицинских услуг
Отсутствие посредников	Гарантии ответственности заключаются в социальной и профессиональной ответственности
Ограничение транспортировки	Мобильность заключается в подвижности, готовности к оказанию медицинских услуг по месту нахождения пациента

В таблице 1, без учета индивидуальности бренда и конкретного поставщика услуги, приведены примеры эмоциональных ценностей, которые призваны снять возможные опасения целевой аудитории и повысить эмоциональную привлекательность самого поставщика услуг.

Центральным элементом бренда и его ядром является платформа, на которой выстраивается весь комплекс его взаимоотношений с целевой аудиторией (см. табл. 2) [3].

Построение платформы бренда

Состав платформы бренда	Описание
Физические атрибуты бренда	Удобное местоположение медицинского учреждения. Удобные подходы и подъезды к нему. Светлые и просторные помещения, а также удобная внутренняя планировка помещений. Высококвалифицированный персонал. Надежное, современное, эргономичное оборудование
Рациональные выгоды бренда	Удобное время работы и приема. Чистота, порядок, уют. Доступность и полнота информации о медицинском учреждении и его услугах. Современные, эффективные, безопасные технологии обслуживания посетителей и лечения пациентов. Услуги, предоставляемые своевременно и в полном объеме, позволяющие гарантированно получить оптимально возможный результат. Апробированные методики лечения и наличие всей необходимой разрешительной документации (лицензии, сертификаты и т.д.)
Эмоциональные ценности бренда	Честность, забота, дружелюбие, общительность, ответственность, мобильность
Индивидуальность бренда	Верный друг, всегда готовый прийти на помощь
Суть бренда	Добрая сила

Таким образом, в современных условиях любой конкурентной компании важно знать законы и принципы создания и продвижения бренда. Анализ современных источников показывает, что информация об особенностях бренда, определяющих его позицию на рынке, должна находиться в фокусе внимания для потребителей. Только в этом случае бренд становится узнаваемым символом, выражающим ценность продукции или услуг, которая основана на конкретных запросах потребителей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурцева Т. А. Финансовые аспекты управления брендами// Инновационное развитие экономики. – 2015 г. – № 3 (27). – С. 19–22.
2. Райс Л., Райс Э. Происхождение брендов, или Естественный отбор в мире бизнеса// 2015 г. – С. 36–37.
3. Статья на тему «Участники выставки лечение за рубежом» – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medshow.ru> (Дата обращения: 30.09.2021)
4. Тонян М. Н. Корпоративная культура как одна из форм проявления культуры общества. // Аллея науки. – 2018 – Т.2. – № 9 (25). – С. 219–222.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ В ПРОДВИЖЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИК

Вейгендт Валерия Викторовна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Аракелова Ирина Владимировна*

За последние два года у медицинских клиник появились новые потребности – дистанционное наблюдение за пациентами, online запись. Успешная стратегия медицинской организации – это рост узнаваемости бренда, использование современных информационных технологий, поддержание успешной репутации сотрудников. Самая важная составляющая стратегии для клиники – это правильное использование контент-маркетинга [2]. Основными задачами маркетинга медицинских услуг являются: 1) формирование у населения потребности быть здоровым, а также мотивации к ведению здорового образа жизни; 2) укрепление здоровья и профилактика заболеваний; 3) создание доверия, лояльности в отношениях «врач-пациент», «пациент-медицинская организация»; 4) экономическая эффективность деятельности медицинской организации [4].

Главное правило для контента – не навреди! Именно поэтому нужно публиковать только качественную и проверенную информацию. Материал должен быть уникальным и интересным, чтобы потенциальный клиент хотел посетить именно конкретную клинику. Маркетинг в сфере медицинских услуг включает в себя концепцию социально-этического маркетинга и маркетинга отношений (ключевое – формирование и удержание лояльности пациентов к медицинской организации) [4]. Примерными темами для контента могут быть: как уберечься от заболеваний, новости о повышении квалификации врачей, как попасть к тому или иному врачу, интересные случаи из практики врачей. Например, медицинская клиника «Диалайн» использует для продвижения официальный сайт, а также социальные сети: Instagram*, ВКонтакте, Одноклассники, Facebook*.

* Предупреждение: Instagram и Facebook – соцсети, запрещенные в России с марта 2022 г.

На сайте много информации о Covid-19, что в наше время является очень важной темой. Например, какие есть преимущества делать ПЦР-тест именно в «Диалайн». В социальных сетях публикуются посты об услугах клиники, акциях и режимах работы в праздничные дни. Также для продвижения «Диалайн» использует мобильное приложение, в котором можно самостоятельно записаться на прием к врачу; посмотреть рекомендации врача после приема и результатов анализа; оплатить услуги; провести online консультацию, а также быть в курсе всех акций и скидок клиники [1].

Ключевым показателем оценки эффективности рекламы в социальных сетях является KPI, который интегрирует в себе такие показатели, как среднее время отклика (Average response time): частота генерации контента (Content rate), частота генерации постов (Post rate), разбивка постов по темам (Post topic mix), разбивка постов по типу (Post type mix), частота отклика (Response rate). Например, частота отклика в клиники «Диалан» составляет 95%, это означает, что почти на все вопросы пользователи получают ответы. Время отклика составляет 5-10 минут [3].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что социальные сети являются эффективным маркетинговым инструментом для продвижения клиники и привлечению потенциальных клиентов. Социальные медиа – это не только способ быстрых контактов и взаимодействия для молодежи. Социальные медиа можно также рассматривать как эффективный и проверенный инструмент выстраивания отношений в целом с населением пациентами и. Врачи и работники здравоохранения должны использовать эти возможности в работе со своими пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Туторская М. С. Медицинские социальные сети: возможности и риски использования // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 4. – С. 259-268.
2. Алимбиева Д. А, Анохина Е. А., Ермолаева Е. В. Реклама в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференции. – 2016. – № 3. – С. 25-32.
3. Дмитриева Л. А., Вегенер Ю. С. Креатив в продвижении бренда // Омский научный вестник. – 2013. – № 5. – С. 212-220.
4. Аракелова И. В, Брамник И. В. Новые аспекты маркетинга медицинских услуг // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. – 2019. – № 1. – С. 318-321.

НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Великороссов Владимир Викторович,
Генкин Евгений Викторович, Балаханова Дарико Кенжебаевна*

Россия, РЭУ им. Г.В. Плеханова

Аннотация. Сейчас мы переживаем период значительных изменений как в фармацевтике, так и в маркетинге здравоохранения, когда пандемия повысила важность создания ценности, в целом, и цифровых коммуникаций, в частности. В секторе фармацевтики и здравоохранения организациям необходимо продолжать внедрять инновации в свои бизнес-модели, чтобы сделать свой онлайн-опыт и коммуникации с клиентами более эффективными. Данная статья направлена на освещение тенденций в маркетинговых коммуникациях в секторах фармацевтики и здравоохранения с акцентом на цифровой маркетинг.

Ключевые слова. Изменения, маркетинг, цифровые коммуникации, организация, здравоохранение, фармацевтика, эффективность, бизнес-модель, стратегия.

SOME TRENDS IN THE MARKETING STRATEGY OF A HEALTHCARE ORGANIZATION

V. V. Velikorossov, E. V. Genkin, D. K. Balakhanova

Abstract. We are now going through a period of significant changes in both pharmaceuticals and healthcare marketing, with the pandemic increasing the importance of value creation in general and digital communications in particular. In the pharmaceutical and healthcare sector, organizations need to continue to innovate in their business models to make their online experiences and customer communications more effective. This article aims to highlight trends in marketing communications in the pharmaceutical and healthcare sectors with a focus on digital marketing.

Keywords. Change, marketing, digital communications, organization, healthcare, pharmaceuticals, efficiency, business model, strategy.

На тенденции в маркетинговых коммуникациях в секторах фармацевтики и здравоохранения, влияют более широкие тенденции в бизнес-моделях и моделях доходов в фармацевтике. Авторы отчёта КПМГ «Перспективы фармацевтики на 2030 год: от эволюции к революции» [1] выделяют общие тенденции в отрасли: «Фармацевтический сектор находится на перепутье. На сильно разрушенном рынке, характеризующемся изменением отношения плательщиков и расширением прав и возможностей пациентов, ни постепенные корректировки, ни устойчивая эволюция, скорее всего, не остановят упадок традиционной фармацевтической бизнес-модели».

Это нарушение является результатом изменения баланса сил в двух основных направлениях. Первый сдвиг заключается в балансе сил по всей цепочке создания стоимости в области здравоохранения, поскольку правительства и страховщики занимают центральное место, оказывая давление на фармацевтические компании, чтобы снизить цены и продемонстрировать большую ценность выбранных методов лечения [2]. Во-вторых, переход от лечения к профилактике, ранней диагностике и лечению со временем будет усиливаться, привлекая множество новых участников как внутри сектора, так и за его пределами. Это наблюдение дополнительно подкрепляется выводами «Делойта» [3], которые предполагают, что в отрасли биофармы будет пять источников потенциальных сбоев.

Лечение некоторых заболеваний может быть больше не нужно при постоянном совершенствовании технологий оздоровления и вакцинации. Вмешательства, которые остановят заболевания на самых ранних стадиях, станут возможными при дальнейшем развитии методов раннего выявления, тем самым предотвращая их прогрессирование до более серьезных состояний.

Персонализация на основе «больших данных» может помочь подбирать пациентам индивидуальные методы лечения или индивидуальные комбинации лекарств, избегая «универсального» подхода к лечению.

Подобно профилактическим подходам, лечебные методы лечения могут сократить или даже исключить использование некоторых отпускаемых по рецепту лекарств. Для достижения этой цели сектору биофармы, вероятно, потребуется инвестировать и внедрять новые возможности для разработки, продвижения на рынок и назначения соответствующих структур ценообразования.

Спрос на лекарства может быть снижен за счёт появления все более эффективных и масштабируемых нефармацевтических (цифровых) вмешательств, таких как вмешательства, направленные на изменение поведения. Робототехника, тканевая инженерия или нанотехнологии могли бы уменьшить потребность в фармацевтическом вмешательстве.

Использование интегрированных цифровых коммуникаций будет иметь большое значение во всех этих инновациях в предоставлении услуг [4, 5]. Необходимо учитывать то, как инновации в области цифровых коммуникаций могут помочь службам маркетинга и брендинга, в частности, донести эти новые ценностные предложения.

Мы предполагаем, что инвестиции в цифровые медиа и технологии увеличатся в маркетинговых коммуникациях как для медицинских работников, так и для потребителей, где модель прямого взаимодействия с клиентами (D2C) становится все более важной [6]. Модель «прямого подключения» к клиенту предполагает, что бренды сообщают о своем предложении и, в некоторых случаях, предоставляют свои услуги напрямую клиентам через цифровые медиаканалы, такие как контент веб-сайта, с распространением контента через поисковые системы, цифровую рекламу, социальные сети и автоматизацию электронной почты.

Примером D2C из фармацевтического сектора является то, что Abbott представила Freestyle Libre, коммерческую возможность подписки для потребителей, чтобы улучшить доступ и лояльность к своим устройствам для лечения диабета. Эта услуга использует многие подходы платформ «Программное обеспечение как услуга» (SaaS) для тестирования и повышения показателей конверсии и лояльности клиентов.

При запуске таких новых услуг D2C цифровые медиа и технологии станут более важными в рамках коммуникационной кампании, чтобы охватить и убедить потребителей, когда они решат принять решение самостоятельно или при поддержке врачей. Анализ качества организации постоянных маркетинговых коммуникаций в средствах массовой информации также станет более важным для обеспечения использования правильных типов цифровых и традиционных коммуникаций во всей модели жизненного цикла. «Постоянно включенные» маркетинговые коммуникации являются относительно новым подходом к планированию и оптимизации непрерывных маркетинговых

мероприятий, которые способствуют привлечению и удержанию клиентов. Эти мероприятия направлены на максимальную наглядность и убеждение клиента. Ключевые мероприятия «всегда на связи» включают платный и естественный поисковый маркетинг для повышения видимости, когда посетители ищут товары, информацию или развлечения; социальные сети и маркетинг влияния для поощрения рекомендаций.

Как только посетители узнают о бренде, их интерес может быть повышен с помощью методов автоматизации маркетинга, включающих убедительный контент-маркетинг, включая маркетинг по электронной почте, SMS-сообщения или push-уведомления, а также персонализацию и рекламу с повторным таргетингом за пределами сайта.

Подход к маркетингу, который использует бизнес в сфере здравоохранения, можно рассматривать с точки зрения типа предоставляемых организацией продуктов и услуг. В отчете КПМГ были определены три типа подходов:

1. Активная портфельная компания

Как правило, это компания, которая активно работает в нескольких терапевтических областях в своем портфеле. Примером могут служить компании, работающие в области генетики или иммунотерапии, поскольку они постоянно ищут новые методы лечения, а также пересматривают свой текущий ассортимент продуктов, чтобы помочь удовлетворить неудовлетворенные потребности. Поскольку число препаратов-блокбастеров, защищенных патентами, постоянно уменьшается, подход к активному управлению жизненным циклом продукта становится все более важным.

2. «Оркестратор» виртуальной цепочки создания стоимости

Этот подход обладает значительными возможностями, эффективно способными направлять пациентов по сложной цепочке создания стоимости в области здравоохранения, помогая практикующим врачам оказывать индивидуальную медицинскую помощь, даже позволяя фармацевтическим компаниям получать оплату в зависимости от результатов – на протяжении всей жизни пациента. Это представляет собой значительное изменение в секторе, в результате которого компания может эффективно «владеть» клиентом, но создавать универсальные платформы здравоохранения. Это, по сути, превращает здоровье в еще один потребительский выбор, когда владелец платформы охватывает все потребности пациента, такие как консультации, мониторинг и лечение различного и индивидуального уровня сложности.

3. Специалист по нише

Это означает, что те, которые обычно специализируются на лечении состояния в целом, а не те, которые предлагают один тип лечения. Хорошим примером может служить специалист по артриту – они могут лечить симптомы, а также обеспечивать множество результатов, направленных на улучшение образа жизни страдающего артритом, таких как предоставление вспомогательных шин и удобной обуви для уменьшения воздействия на болезненные суставы.

Маркетинг здравоохранения относится к маркетинговым стратегиям, которые поставщики медицинских услуг, страховщики, поставщики и правозащитные группы используют для привлечения новых пациентов и повышения осведомленности о своем бизнесе в области здравоохранения. Ожидается, что сегмент потребительского здравоохранения будет расти, и традиционные подходы к маркетингу и брендингу постепенно пересматриваются, чтобы попытаться удовлетворить потенциал рынка профилактики и максимизации здоровья.

Пандемия вынудила многие фармацевтические компании, в частности, в рамках маркетинга, основанный на событиях, перенести больше коммуникаций в Интернет [7, 8]. Это также обеспечило значительное расширение возможностей для цифровой коммуникации с клиентами – как врачами, так и пациентами, которые ищут контент непосредственно у фармацевтических компаний. Для торговых представителей географические ограничения и поездки были практически сведены на нет, и они способны удовлетворить потребности глобальной аудитории.

Акцент на персонализации и распознавании того, в какой ключевой информации нуждаются клиенты, побудил фармацевтических маркетологов повышать качество своей продукции по всем каналам.

Многие поставщики в настоящее время стремятся взаимодействовать с клиентами совместными и консультативными способами, которые обеспечивают ценность, выходящую за рамки таблеток.

Что касается цифровой трансформации, то переход от личных отношений к виртуальным платформам в основном был достигнут с использованием систем, которые уже существовали. Хотя это было успешно для установившихся отношений, создание и развитие новых отношений будет сопряжено с трудностями, и для доказательства того, что организация представляет собой нечто большее, чем просто коммерческий интерес, потребуется надежная стратегия, чтобы добиться успеха с помощью дистанционных взаимодействий.

Фармацевтическая промышленность, которая традиционно больше взаимодействует с поставщиками услуг, чем с пациентами, предприняла согласованные усилия, чтобы напрямую связаться с пациентами через новые каналы, такие как мобильные приложения.

Выводы

Сегодня для достижения конкурентного преимущества компаниям необходимо двигаться в сторону клиента, чтобы предложить согласовать удовлетворение потребностей клиентов вокруг кардинальных результатов, которые в контексте здравоохранения являются:

1. Эффективность – попытка максимизировать результаты для здоровья, качество лечения и восстановления.

2. Экономия – попытка минимизировать время и деньги, потраченные на лечение и восстановление.

3. Опыт – попытка свести к минимуму эмоциональное беспокойство.

При использовании любой технологии могут возникнуть проблемы с внедрением, которые необходимо учитывать, например, у пациентов может быть низкая цифровая грамотность и/или ограниченный доступ к необходимым технологиям. Также могут возникнуть трудности из-за того, что производители лекарств сталкиваются с перебоями в цепочке поставок из-за пандемии, приводящей к задержкам. Поскольку медицинские услуги все чаще переходят в онлайн, обеспечение доступности всех ресурсов онлайн и оцифровки для удобства использования является ключевым. Универсальное цифровое решение не будет работать на всех рынках, поскольку отношение к технологиям сильно отличается. Любой компании, стремящейся к инновациям в этой области, было бы полезно адаптировать их к уникальным точкам трения и перспективам каждого рынка и даже клиента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <https://home.kpmg/ru/ru/home/industries/healthcare.html>
2. Соболева С. Ю., Максимова И. В. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2015. – № 3 (47). – С. 3–8.
3. <https://www2.deloitte.com/cn/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/the-future-of-biopharma.html>
4. Гао Ш., Антошина Л. С., Лошков Б. Д., Абдухманов Х. А. электронная коммерция на предприятии как средство стабилизации финансового состояния (на примере ИП

"ЧЖАН ЧЕНСЯ") // в сборнике: Импульс организационных инноваций. – Москва, 2020. – С. 28–36.

5. Пономарев М. А., Копылова Н. А. Предпринимательство: проблемы управления и перспективы развития // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2017. – Т. 3. – № 2. – С. 10–19.

6. Якушев А. Ж. Моделирование системных противоречий развития инновационного и постиндустриального секторов экономики // В книге: Модернизация национальной экономики: проблемы и решения Коллективная монография. Под ред. Адамова Н. А. – Москва, 2014. – С. 27–64.

7. Рыжкова Е. Ю., Колесников А. В. Какие компании в России преуспели во время коронавирусного кризиса или как выжить бизнесу в карантин // В сборнике: Инновации в управлении социально-экономическими системами (RCIMSS-2020). Материалы национальной (всероссийской) научно-практической конференции. Тема пленарного заседания: Перспективы и направления развития цифровых технологий в условиях социально-экономического кризиса». Посвящается памяти ученого, академика Академии диалектико-системных исследований и разработок, педагога, профессора, доктора технических наук Кузнецова Бориса Тимофеевича. – 2020. – С. 224–229.

8. Акулинин Ф. В., Рябчина Д. А. Инновационный маркетинг как основное условие развития компании в эпоху цифровизации // Инновационное развитие экономики. – 2021. – № 2–3 (62–63). – С. 7–10.

МАРКЕТИНГ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

Галкина Алёна Олеговна, Даниленко Евгений Евгеньевич

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение: в статье рассмотрена актуальность применения маркетинговых технологий, её основных тенденций в медицинских учреждениях. Проанализированы показатели, которые отражают в целом рынок платных медицинских услуг. Рассмотрены основные принципы маркетинга для дальнейшего развития в здравоохранении. Рассмотрен комплекс маркетинговых предприятий, предоставляющих платные услуги в сфере медицины. Сформулировано заключение о стратегическом развитии медицинских учреждений и роли маркетинга.

Цель: изучение проблем маркетинга в сфере платных медицинских услуг.

Материалы: анализ научной литературы и актуальных интернет-источников.

В России в период с 2019 по 2021 год возросло использование платных услуг в сфере медицины на 38 %, причинами этого стало расширение рынка лечебных учреждений, предоставляющих такие услуги.

В медицинских учреждениях существует необходимость их перехода на полное финансирование за счет внебюджетных источников, а это либо средства, получаемые от Фонда обязательного медицинского страхования, либо доходы от предоставления платных медицинских услуг. Именно из-за этого возникла необходимость продвижения платных медицинских услуг, путем применения маркетинговых ходов.

Именно с помощью маркетинга можно узнать информацию о том, какие услуги медицины хотят получить пациенты, где более высокий спрос на конкретные медицинские услуги и каким образом добиться более высокого качества услуг, получать более высокие доходы в отличии от конкурентов и другие. [1]

Основной задачей является правильное позиционирование предполагаемой конкретной услуги данного учреждения на рынке медицинских услуг. Это достигается путем исследования комплекса преимуществ и недостатков

как самого учреждения, так и предполагаемой им услуги по отношению к аналогам.

Конкуренция, существующая в ряде сегментов рынка платных медицинских услуг, требует проведения целенаправленной кампании по привлечению клиентов. Недостаток опыта сотрудников медицинских учреждений в области рекламы является одной из наиболее распространенных проблем развития коммерческого сектора учреждений здравоохранения. [4] Для повышения конкурентоспособности учреждения здравоохранения предлагают медицинские услуги, максимально удовлетворяющие желания потребителей.

Исследование показало, что в маркетинговой деятельности медицинских организаций ориентация на клиента выражается в том, чтобы предоставлять медицинские услуги быстро и качественно по приемлемой цене. Для поиска и выбора клиники потребители в основном пользуются интернет-ресурсами (соц. сети, веб-сайты, рекламы и т. д.). [2]

Термин «Маркетинг» означает деятельность в сфере рынка сбыта; комплексный процесс планирования и правления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебного процесса, продвижением услуг к потребителям, а также процессом их реализации. В период реформирования здравоохранения независимо от форм собственности медицинской организации, медицинские работники учатся работать на принципах рыночных отношений, а значение основ маркетинга помогает адаптироваться к новым условиям.

Реформирование здравоохранения России основано на внедрении медицинского страхования, для которого характерен рынок медицинских услуг. Обязательное медицинское страхование не столь активно включается в рыночные связи, но по крайней мере в их чистом виде.

Рынок платных медицинских услуг – это сегмент рынка, предоставляющий медицинские услуги для сохранения и улучшения здоровья населения. Он даёт возможность получать платные медицинские услуги, гарантирует их необходимый объём и соответствующий уровень качества, но также требует своих особенных подходов к маркетингу. [3]

Структура рынка платных медицинских услуг:

Платные медицинские услуги населению, всего:	100%
Стоматология	32,4%
Диагностика и исследования	14,2%
Гинекология и урология	12,1%
Хирургия/травматология	12,0%
Терапия	6,6%
Другие специализации	22,7%

Для продвижения своих услуг должен быть план, к которому прилагается:

1. Учёт клиентов.

2. Учёт доходов.

3. Расчет смет распределения доходов.

4. Учёт движения материальных средств, приобретаемых в счет доходов от оказания платных медицинских услуг.

В числе недостатков современного состояния работы в области оказания платных медицинских услуг населению, наряду с отсутствием разработок и программ по маркетингу и менеджменту в этой отрасли, отмечается отсутствие маркетинговых идей по поддержанию здоровья, ранней диагностике и профилактике заболеваний. [4]

Выводы: в процессе написания исследования были рассмотрены основные проблемы в развитии маркетинга в сфере здравоохранения. В результате исследования выявлено, что платные медицинские услуги набирают обороты в использовании потребителями. В современных условиях успех медицинской организации будет во многом зависеть от правильно выстроенной маркетинговой стратегии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабенко А. А. Специфика организации маркетинговой деятельности в сфере платных медицинских услуг//Молодой ученый. – 2016. – № 5. – С. 429–431.

2. Капустина Л. М., Белобородова О. Г. Маркетинговое исследование потребителей платных медицинских услуг. – 2020. – С. 1–7.

3. Козлова Е. И., Новак М. А. Рынок платных медицинских услуг в России: динамика, факторы развития. – 2018. – № 5 (31). – С. 1–8.

4. Борисов. С. Е. Предпринимательская деятельность федеральных и муниципальных учреждений в сфере платных медицинских услуг. -2003. С. 1–5.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ В СОВРЕМЕННОЙ АПТЕКЕ

Ганц Элеонора Андреевна, Сбойчакова Диана Ираклиевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

Актуальность темы исследования

Современное функционирование российского фармацевтического рынка характеризуется постоянно расширяющимся ассортиментом лекарственных препаратов (ЛП) и фармацевтических товаров, представленных неоправданно большим количеством поставщиков. В этих условиях особую актуальность приобретает проблема обеспечения надлежащего качества оказываемой лекарственной помощи населению. На фармацевтических работников в связи с этим возлагается не только ответственность за качество отпускаемой ими продукции, а также наряду с врачами разделяется ответственность за исход лечения больных. В связи с этим, растет значение системы менеджмента качества, как гаранта высокого профессионализма работников аптек в процессе отпуска ЛП и оказания фармацевтических услуг.

Степень изученности проблемы

В работах отечественных ученых И. В. Косовой, И. Г. Комиссинской, Л. В. Мошковой, А. П. Мешковского, Р. У. Хабриева, Р. И. Ягудиной неоднократно поднимались вопросы управления качеством на различных этапах обращения лекарственных препаратов. Е. В. Неволиной предложена модель системы менеджмента качества в аптечных организациях, соответствующая требованиям стандартов ГОСТ Р ИСО 9000.

Однако, несмотря на богатый фонд имеющихся научных разработок, до конца не раскрыта суть системы менеджмента качества, в первую очередь с позиций организации итогового контроля качества оказания услуг в фармацевтических организациях. Также недостаточно изучены особенности организации контроля качества в небольших лечебных и аптечных организациях, а таких (особенно частных) становится все больше. В этой связи тема работы является не только актуальной, но и востребованной.

Анализ законодательной и нормативной базы, регулирующей сферу обращения ЛП, показал, что она несовершенна: противоречивые и несоответствующие друг другу отдельные положения об условиях осуществления фармацевтической деятельности не позволяют сделать заключение, что в России создано нормативно-правовое поле надлежащей аптечной практики в полном объеме, гармонизированное с международными требованиями. Законодательная база в большей степени отвечает на вопрос, какие условия необходимы для осуществления фармацевтической деятельности, вместе с тем вопросы качества не раскрываются, критериальной оценки не приводится, вопросы системы качества в аптечных организациях МО вообще не рассматриваются. С учетом наделения субъектов РФ значительным количеством полномочий в вопросах контроля за деятельностью фармацевтических организаций, назрел вопрос разработки методических подходов к созданию системы менеджмента качества в аптечных организациях, осуществляющих лекарственное обеспечение амбулаторных и стационарных больных на уровне отдельных агломераций.

С учетом профессионального подхода сформирована петля (спираль) качества для основных этапов деятельности аптечной или медицинской организации по оказанию фармацевтической помощи населению, исходя из особенностей выполнения ими социальных функций. Разработан стандарт «Надлежащая практика организации закупки ЛП аптечной организации на региональном уровне» для коммерческих аптечных организаций, направленный на приобретение ЛП надлежащего качества. Внедрение современной концепции всеобщего управления качеством (СМК) в деятельность аптечных организаций определяет стратегический подход к менеджменту, нацеленному на закупку самого лучшего товара аптечного ассортимента и оказание услуги в соответствии с основными принципами: ориентация на потребителя, лидерство, вовлечение персонала, процессный и системный подход, постоянное улучшение и непрерывное совершенствование, принятие решений на основе фактов, создание взаимовыгодных отношений с клиентами и поставщиками. С целью разработки адекватных, предупреждающих и корректирующих действий, направленных на устранение причин возможных или выявленных несоответствий в системе менеджмента качества аптечных организаций была предложена KPI технология оценки эффективности внедряемых новшеств,

позволившая высоко оценить работу аптечных организаций, внедривших систему менеджмента качества в закупочную деятельность.

Результаты данного исследования могут быть рекомендованы для использования в работе аптечных организаций частного, государственного секторов фармацевтического рынка с целью повышения качества реализуемой продукции и оказываемых услуг населению. Перспективы дальнейшей разработки темы диссертационного исследования включают в себя следующие научно-исследовательские направления, имеющие важное практическое значение: разработка современных требований к системе менеджмента качества в работе оптового звена фармацевтического рынка и в закупочной деятельности медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон РФ № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» от 22.06.98.
2. Федеральный закон РФ от 10.06.1993 N 5154-1 «О стандартизации».
3. Приказ МЗ РФ от 1 ноября 2001 г. N 388 «О государственных стандартах качества лекарственных средств». ОСТ 91500.05.001-00 «Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения».
4. Приказ МЗ РФ от 16 июля 1997г. №214 «О контроле качества лекарственных средств, изготавливаемых в аптеках».
5. ГОСТ Р 52249-2004 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».
6. ГОСТ Р ИСО 19011-2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента. – М. : Изд-во стандартов, 2012. – 12 с.
7. ГОСТ Р ИСО 9000:2008 Системы менеджмента качества. Основные положения. – М. : Изд-во стандартов, 2008. – 12 с.
8. ГОСТ Р ИСО 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования. – М. : Изд-во стандартов, 2008. – 12 с.
9. ГОСТ Р ИСО 9004:2010 Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества. – М. : Изд-во стандартов, 2011. – 12 с.

МОДЕЛЬ ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕОМАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Герасименко Ольга Александровна

*Россия, Белгородский государственный
национальный исследовательский университет*

Авторская гипотеза научного исследования – пространственное благоустройство способствовала тому, что изменилась модель поведения клиента, и он готов активно передвигать с целью совершения покупки/получения услуги. Интенсивность движения обычного человека эволюционировала с древнего времени до начала 21 века, чему способствовал ряд обстоятельств:

- благоустройство и развитие инфраструктуры и территориальных районов;
- изменение условий ведения социально-экономической и хозяйственной деятельности;
- появление транспортных и общественных условий для комфортного передвижения;
- смещение акцента ведения здорового образа жизни, сохранение здоровья, смена привычек.

Гиппократ считал ходьбу главным лекарством от всех болезней. В 18 веке солдаты Суворова А. и Фридриха Великого ежедневно преодолевали до 40 км (57 143 шагов). Ремесленники ходили мало – 1,5 км (3 000 шагов), т.к. нужды в этом не было, как правило, дом и мастерская располагались рядом. Крестьяне в сезонные работы проходили около 40 км (57 143 шагов) [1, 2]. В 19 веке реально проходили около 20 км (28 571 шагов). Значительную часть населения города составляли люди военные. Согласно армейским уставам 19 – начала 20 вв., в начале 20 века переход для пехоты составлял 25 км (34 286 шагов). 1960-м году ученые из Японии путем проведения экспериментальных тестов выяснили, что обычный среднестатистический человек за день проходит примерно 2,1 км (3 000 шагов) [3]. Американские ученые исследовали среднее количество шагов в день в большинстве стран мира с помощью акселерометров Argus activity monitoring app (число

участников – 717 тыс. чел., число стран – 111), чьи привычки ходить пешком изучались в течение 95 дней (рисунки 1) [4].



Рис. 1. Мировое распределение интенсивности передвижения клиента (2018 г.), шагов

Пространственной активностью – это реальный темп поведенческого интенсивного движения человека, характеризующийся определенными территориальными предпосылками и благоприятными условиями инфраструктурной среды. На рис.2 продемонстрируем условный пример анализа пространственной активности человека в течение дня.

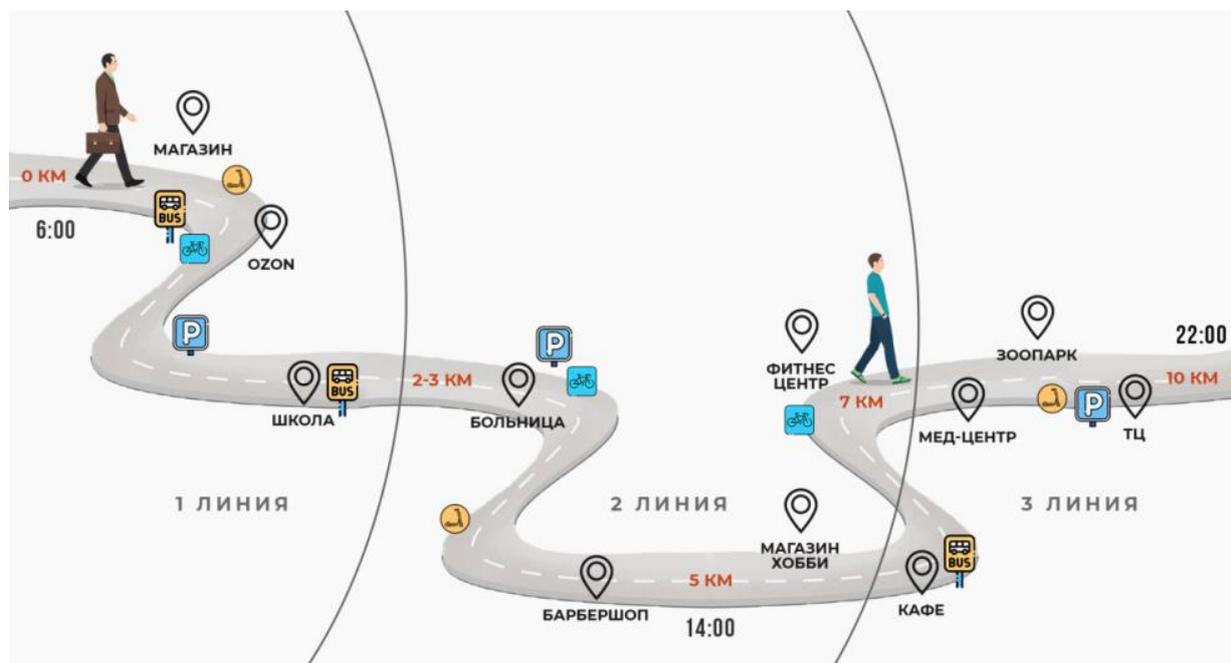


Рис. 2. Условный пример пространственной активности человека

В зоне условной первой линии активность человека ограничена условиями ведения домашнего хозяйства, в зоне шаговой доступности – посещение магазинов, пунктов выдачи товаров, социальных, медицинских муниципальных учреждений и пр. Это так называемая «активность для жизнедеятельности», удовлетворение первичных потребностей, преодолеваемое расстояние относительно небольшое 2–3 км (4 260 шагов).

Для удовлетворения дополнительных потребностей человек готов двигаться в зону 2 линии, посещать парикмахерские, получать nail-услуги, магазины хобби, фитнес-центры, кафе и пр. Как правило, эта зона «работа-сопутствующие товары/услуги» комбинирует рабочие пространства и дополнительные объекты, которые человек готов посетить во время перерыва, после рабочего дня. Автор не утверждает, что данные объекты бизнеса отсутствуют в зоне 1 линии, но готовность человека к активности позволяет утверждать, что он готов двигаться во 2 зону и ему это не доставляет дискомфорта. Дополнительными условиями для выбора объектов для покупки товара, получения услуги является комплекс маркетинговых мероприятий со стороны бизнеса. Преодолеваемое расстояние около 5 км (7 000 шагов). Совершение покупок услуг может иметь эпизодический характер, но готовность к активности позволяет утверждать, что данная зона комфортно воспринимается человеком, в ней он проводит часть своего рабочего времени [5].

По статистическим данным аналитического агентства «АВТОСТАТ» каждый третий житель¹ в России имеет в наличии автомобиль, либо пользуется общественным транспортом, такси, велосипедом, свободно может передвигаться в зоне 3 линии, так называемые «зоны отдыха и развлечений». При этом, возможно посещение дополнительных инфраструктурных объектов, покупка товаров для дома, занятие спортом и пр. При сочетании ряда бизнес-факторов (удобная логистическая инфраструктура, близость общественных остановок, услуги проката вело-и самокатов и пр.) и готовности человека к активности, возможно перемещение акцентов стратегического открытия медицинского учреждения в малопривлекательные городские районы. Таким образом, зная модель поведения клиента в течении дня и его

¹ <https://www.autostat.ru/press-releases/46332/>

готовность к пространственной активности (более 5 км в день) потенциально можно располагать частные медицинские центры в зоне 2 и 3 линии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соловьев М. Эксперимент: 10 000 шагов для современного городского жителя. Режим доступа: <https://interesno.co/fitness/da65c7412834> (дата обращения 27.01.2021).
2. Вагнер-Кузнецов Д. Какой была жизнь горожан в конце XVIII века в России? Режим доступа: https://yandex.ru/q/question/kakoi_byla_zhizn_gorozhan_v_kontse_xviii_d5ad9453/ (дата обращения 08.01.2018).
3. Тхориков, Б. А. Ломовцева О. А., Герасименко О. А., Саблина О. М., Титова И. Н. Геомаркетинг – новый концепт или прикладной инструмент бизнеса? // Вестн. Томск. гос. ун-та. Экономика. – 2020. – №49. – С.199–213.
4. Тхориков Б. А., Спичак И. В. Разработка технологии управления имиджем медицинского учреждения // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2008. – № 4. – С. 216–220.
5. Осадчая С.М. Особенности формирования стратегии социально-экономического развития города // Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. – 2017. – № 5 (66). – С. 72–81.

ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Григорян Артур Вагинакович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

Потребитель услуги совершает выбор на основе факторов, степень влияния которых на группы людей различна. При планировании продвижения на рынке учреждениям здравоохранения необходимо осознавать специфику потребительского поведения. В зависимости от характера медицинских услуг организация сталкивается с тем, что выбор потребителей определяется иначе, чем в других сегментах этого рынка. Так, продвижение платных услуг онкологического диспансера не может строиться на использовании схем стимуляции сбыта в стоматологии, акушерстве и других сегментах рынка.

Традиционно теория потребительского поведения и маркетинг опираются на анализ экономических, социальных, культурных условий, влияющих на выбор. Но на потребителей медицинских услуг воздействуют также этические, психологические, ситуационные факторы. Принятые в других сегментах рынка стратегии прямого и непрямого маркетинга могут не привести к стимуляции спроса. В большинстве исследований рынка услуг в РФ внимание авторов сосредоточено на анализе удовлетворенности услугой и построении портрета потребителя. Но в некоторых сегментах рынка медицинских услуг (к которым относятся и услуги онкодиспансера) предельная полезность наступает моментально либо быстро. Это не тот «продукт», который удовлетворенные покупатели приобретают раз за разом, пока не насытят свою потребность. К тому же, субъективная удовлетворенность в этом секторе часто обусловлена результатом: «выздоровел/не выздоровел», что не всегда зависит от качества услуги (квалификации персонала, инновационного оборудования и т.д.). Слабо предсказуем в этом сегменте рынка и портрет потребителя. Даже если сформировать «типичный портрет» пациента, то это не позволит обращаться с маркетинговыми акциями к какой-либо целевой аудитории. Во-первых, пациент мог не принимать решение сам.

Во-вторых, выбор часто происходит в состоянии стресса, когда срабатывают психологические защиты, делая поведение индивида слабо предсказуемым. Исследование удовлетворенности пациентов, получивших услугу, значимое для других целей, вряд ли даст информацию, необходимую для стимуляции сбыта в будущем. «Точечно» обратиться к потенциальной целевой аудитории в этом сегменте трудно.

Если в бытовых услугах потребитель компетентен и выставляет критерии качества, то в медицине большинство россиян нуждаются в информационном сопровождении, а качество услуги объективно оценить не всегда способны. К. Е. Гайнбихнер указывает на недостаток у потребителя осведомленности о сущности и показателях качества медицинских услуг [1]. Об этом пишет и Н. Н. Зубарева, сравнивая медицинскую услугу с «котом в мешке» [3].

Поэтому учреждению, предоставляющему медицинские услуги, необходимо анализировать условия, влияющие на потребительское поведение с учетом своей специфики. В данной статье этот анализ связан с особенностями продвижения медицинских услуг онкодиспансера.

Ключевой фактор выбора услуг, в том числе – медицинских, чаще всего – их стоимость. Ш. Д. Харбедия указывает, что неудовлетворенность в первую очередь связана с высокой ценой [4]. Но при этом в онкологии стоимость не становится фактором, целиком определяющим выбор – потребители, все же, приобрели услугу. Уровень ее значимости не сопоставим ни с одним сегментом рынка услуг. К тому же, для части потребителей медицинские услуги являются «условно платными»: можно вернуть затраты через вычеты, ДМС, помощь благотворительной организации. Высочайшая значимость медицинской услуги может вовлекать в процесс ее оплаты все окружение потребителя. Поэтому аудиторию в этом сегменте сложно дифференцировать по доходу, статусу и т.д.

Социальный фактор связан с референтной группой потребителя. Но в случае с потреблением медицинских услуг не будет прямой корреляции с групповой принадлежностью. Данные услуги не являются статусными. Обращение в онкодиспансер не афишируют, часто потребители хотят конфиденциальности. В референтной группе может не оказаться людей, потреблявших такие услуги. Мнение может основываться на негативном результате

(«не помогло») даже при высочайшем качестве услуги. Вместе с тем первым действием потребителя в процессе выбора является обращение именно к референтной группе, ее хаотичное расширение («друзья друзей», соцсети). То есть предсказать – кто будет влиять на выбор, не всегда возможно, так же, как и гарантировать, что удовлетворенный услугой онкодиспансера потребитель будет афишировать это, и к нему обратятся за «рекомендацией». В этой ситуации высоко референтным становится мнение лечащего или знакомого врача. На рынке используется такой метод продвижения медицинской услуги как материальная заинтересованность врачей, то есть привлечение их для рекомендации услуги и конкретной организации за вознаграждение с ее стороны. Такой подход представляется нелегитимным и неэтичным [2].

В маркетинговых акциях специалисты стремятся создавать позитивные образы. На рынке медицинских услуг такой подход не всегда применим. Услуга в онкодиспансере – вынужденная, она связана у потребителя с такими смыслами как страх, физический и психологический дискомфорт, беспомощность и т.д. Создать такой услуге позитивный образ практически невозможно. Анализ рекламы медицинских услуг позволяет сделать вывод, что в большинстве случаев организации стремятся создать смысл выздоровления. По нашему мнению, это не этично для медицинской организации в онкологии, которая достоверно не может гарантировать положительный результат услуги.

Наличие каналов связи (сайт, соцсети, мессенджеры и т.д.) уже не является преимуществом и инструментом стимулирования спроса, так как они стали нормой жизни и есть у всех организаций на рынке медицинских услуг.

С учетом специфики потребительского поведения диспансеру необходимы оригинальные стратегии стимуляции сбыта. Представляется возможным отказаться от инструментов прямого маркетинга. Важнее воздействовать на общество с целью формирования лояльной и вовлеченной среды. Основные инструменты при этом – широкое информирование, а также демонстрация сервиса и поддержки. Организации необходимо воздействовать на три сегмента, информируя, вовлекая и формируя лояльность:

1. Работать с коллективом, формируя единство подходов к качеству услуг и клиентоориентированность. Это важно, потребитель не разделяет образ организации и действия сотрудников, качество платных и бесплатных услуг.

2. Создавать систему эффективного взаимодействия с разнообразными структурами гражданского общества (благотворителями, фондами ДМС, СМИ, властью, общественными организациями и т.д.), добиваясь их лояльности.

3. Вести постоянную просветительскую работу с сообществом региона.

Такой подход к продвижению услуг диспансера не даст моментальных результатов, но зато способен сделать лояльной и референтной группой для целевой аудитории все региональное сообщество.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайнбихнер, К. Е. Маркетинговое исследование потребителей рынка медицинских услуг г. Тюмень // Вестник современных исследований. – 2020. – № 2–7 (32). – С. 18–22.

2. Дианина, Е. В. Этика в медицинской рекламе: теоретический аспект // Труд и социальные отношения. – 2021. – № 3. – С. 124–133.

3. Зубарева Н. Н. Пациентоориентированность и клиентский сервис в маркетинге здравоохранения как основа формирования лояльности потребителей медицинских услуг // Экономика устойчивого развития. – 2021. – № 3 (47). – С. 81–86.

4. Хадбердия Ш. Д. Субъективная оценка организации и качества работы отделения лучевой диагностики // Бюллетень науки и практики. – 2018. – Т. 4. – № 9. – С. 72–79.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МАРКЕТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Гусева Ксения Александровна, Гукова Екатерина Олеговна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук,

доцент Кукина Елена Николаевна

Сектор здравоохранения в рыночной экономике является частью общественного воспроизводства и включает в себя такие фазы репродуктивного цикла, как: медицинская услуга в товарной форме; собственные усилия по сохранению здоровья и мотивация тех, кто предоставляет медицинские услуги; сохранение здоровья в обмен на возможность удовлетворения потребностей тех, кто предоставляет медицинские услуги; получение медицинских услуг.

Медицинской услугой называют продукт деятельности медицинских организаций, удовлетворяющий потребность человека в сохранении собственного здоровья. Специфические черты медицинской услуги:

1. Неосвязаемость.
2. Отсутствие сохранения услуги.
3. Непостоянство качества услуги [2].

Маркетинг медицинских услуг имеет большое значение в формировании мотивации населения к укреплению здоровья и созданию имиджа здорового человека. Отличительные черты маркетинговой концепции на рынке медицинских услуг:

- структура спроса на медицинские услуги;
- специфика результата медицинской деятельности;
- частота динамики спроса на медицинские услуги;
- высокий коэффициент оборачиваемости капитала;
- высокая изменчивость рыночных условий [5].

Субъектами национального и регионального рынка медицинских услуг являются медицинские организации различных форм собственности, потребители групповые и индивидуальные.

Прямой маркетинг медицинских услуг включает в себя множество инструментов, например:

- реклама в средствах массовой информации прямого отклика с элементами обратной связи;
- специализированный кабельный канал или теле-, радиопередача;
- рассылка справочной информации по почте или факсу;
- размещение информации через Интернет, электронная коммерция, интернет-магазины;
- рассылка визиток медицинской организации с информацией о врачах и медицинских услугах; прямые контакты [1].

Медицинские услуги напрямую влияют на качество жизни клиента, поэтому клиника и врач, как правило, подбираются долго и тщательно. Прежде чем человек пойдет напрямую в медицинское учреждение, наличие правильного контента поможет сформировать репутацию компании и отдельных специалистов в их глазах. Удобнее всего распространять контент в социальных сетях – там можно рассказать о конкретной процедуре, ответить на вопросы подписчиков, пригласить клиентов на мероприятия, поделиться советами по здоровому образу жизни, сообщить о развитии и лечении наиболее распространенных заболеваний.

Ограничения в рекламной компании медицинских клиник стали отдельной проблемой частной медицины, ведь они отрицают возможность повышения комфортного пребывания клиентов на этапе «первого касания». Так, в медицинской рекламе не стоит:

- рекомендовать схемы лечения без предварительной консультации специалиста;
- рекламировать запрещённые и рецептурные медикаменты, средства для прерывания беременности, наркотики, психотропные вещества;
- гарантировать выздоровление после консультации, приема конкретных препаратов или определенных процедур [3].

Во время продвижения сайта медицинской организации не следует ничего гарантировать, кроме сервиса: ответа в течение 15 минут или же круглосуточной записи на прием. Остается продвигать не выздоровление, а конкретные услуги. При этом нужно использовать дисклеймер:

- от 3 секунд в радиорекламе;
- от 5 секунд в видеороликах;
- от 5% пространства в других типах рекламы [4].

Рынок медицинских услуг является специфическим рынком, требующий своих особенных подходов к маркетингу медицинских услуг. На формирование спроса на медицинские услуги влияют следующие особенности:

- доверие к представленной медицинской услуге.
- необязательность медицинской услуги.
- непонятность медицинской услуги [6].

В связи с вышеперечисленными особенностями спроса на сектор медицинских услуг, в первую очередь важно создать благоприятный имидж компании, поэтому инструменты имиджевой коммуникации здесь важнее информационных. К сожалению, медицинские центры и частные клиники в основном занимаются информационной рекламой и вообще не используют имиджевый ресурс.

Таким образом, учреждениям здравоохранения следует использовать маркетинг, основанный как на коммерческих, так и на некоммерческих принципах, на постоянной основе. Все это будет способствовать повышению конкурентоспособности как медицинских услуг, так и самого учреждения здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексунина В. А. Маркетинг в отраслях и сферах деятельности: учебник // – 2020. – № 11. – С. 13–28.
2. Галкин В. В. Медицинский бизнес: учеб. Пособие // – М., 201. – 2017. – №4. – С. 31–35.
3. Кучеренко В. З. Экономика и инновационные процессы в здравоохранении // – 2019. – № 5. – С. 263–264.
4. Музыкант В. Л. Маркетинговые основы управления коммуникациями // – М. : «Эксмо». – 2018. – № 2. – С. 144–146.
5. Столяров С. А. Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления // – 2018. – № 17. – С. 99–107.
6. Шарапов В. Ф., Тявкин В. П., Денисов И. Н. Маркетинг в медицине // – 2016. – № 9. – С. 502–511.

МАРКЕТИНГ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Дуйжанова Эльмира Шамбилбековна

Казахстан, Актюбинский региональный университет имени К. Жубанова

Маркетинг лекарственных препаратов выступает частью системы маркетинга в здравоохранении. Основными целями маркетинга лекарственных препаратов выступают анализ потребностей индивидов/групп в лекарственных средствах и разработка проектов, ориентированных на реализацию этих потребностей. Важно заметить, что на рынке лекарственных препаратов в основе маркетинговых стратегий компаний и организаций должен находиться не только и не столько принцип получения прибыли, сколько удовлетворение насущных потребностей населения в лекарственной продукции.

Маркетинг лекарственных препаратов определяют следующие особенности:

— трансформация вектора «покупатель (пациент) — продавец (провизор)», включение в него еще одного звена — врача (промежуточного потребителя), выступающего зачастую драйвером формирования спроса, однако решение остается за покупателем, и врач не может контролировать процессы приобретения и принятия лекарственного средства;

— покупатели рассматривают товар (лекарственные средства) как необходимую, а не желаемую покупку под воздействием состояния здоровья (плохое самочувствие, заболевание и пр.), следовательно, приобретается, по сути, не медицинский препарат, а способ (механизм) получения результата — выздоровление;

— лекарственные препараты относятся к товарам высокого потребительского риска, поскольку их употребление связано с состоянием здоровья как фундаментом активной жизнедеятельности индивида;

— определяющим фактором в принятии решения о покупке лекарственного препарата выступает его эффективность и безопасность, а не цена.

Назовем факторы конкурентоспособности лекарственных препаратов:

- эффективность и безопасность;
- цена;

- рациональность лекарственной формы, дозировки, упаковки;
- продолжительность курса лечения [1].

Оценка конкурентоспособности должна осуществляться с учетом наличия лекарственных препаратов, содержащих аналогичные действующие вещества разных производителей.

Особенности формирования маркетинговой стратегии зависят от вида/типа лекарственного препарата. Речь идет о продвижении на рынке традиционных и инновационных лекарственных средств или их копий (дженериков).

Разработка принципиально новой лекарственной формулы – высокозатратная процедура, что является следствием следующих факторов:

- ужесточение конкуренции в сфере создания новых лекарственных средств;
- рост регуляторного прессинга в отношении процессов производства и продвижения лекарственных средств посредством принятия законов об ограничениях маркетинговой деятельности фармкомпаний и ужесточения процедур клинических испытаний новых продуктов;
- высокая степень риска (из каждых 12 инновационных лекарственных формул, находящихся на стадии доклинических исследований, до этапа коммерциализации доходит только одна) и значительная продолжительность разработки инновационных лекарственных средств (до 14 лет) [2].

Субъектами продвижения медицинских препаратов выступают аптеки, в том числе интернет – аптеки, медицинские представители, врачи (медицинский персонал) (рис. 1).



Рис. 1. Схема продвижения лекарственных препаратов

Наилучшие позиции на рынке лекарственных препаратов имеют аптеки, во-первых, с широким ассортиментом препаратов, во – вторых, расположенные на территориях медицинских учреждений либо рядом с ними. Особого внимания заслуживают интернет – аптеки, регулирование деятельности которых на законодательном уровне не представлено. Основной проблемной зоной выступает отсутствие информации о поставщиках лекарственных препаратов.

Медицинские представители стимулируют врачей, которые получают бонусы за выписанные пациентам лекарственные средства. Медицинские представители выступают связующим звеном между производителями фармацевтической продукции и провизорами и врачами. Это также позволяет обеспечить обратную связь, раскрывающую особенности ситуации на рынке лекарственных препаратов. Отметим, что данный способ продвижения – самый затратный. Продвижение медицинских препаратов представителями происходит, как правило, во время приема врача, что затрудняет его работу с пациентами и вызывает неудовлетворенность как со стороны пациента, так и со стороны самого врача.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маркетинг в социальной сфере : [учеб. пособие] / [О. В. Нот- М266 ман, Н. Л. Антонова, О. И. Пименова, А. Н. Новгородцева ; под общ. ред. О. В. Нотман] ; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2017. – 116 с.
2. Маркетинг в здравоохранении: Учебник / Н. А. Савельева [и др.]. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2020. – 297 с.
3. Маркетинг в сфере здравоохранения. [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: [healthcare_marketing_chapter_II%20\(1\).pdf](#).

МАРКЕТИНГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ***Жарасханова Орнай Жайылханкызы***

*Казахстан, Актюбинский региональный университет имени К. Жубанова
Научный руководитель: старший преподаватель,
магистр экономических наук Дуйжанова Эльмира Шамбилбековна*

Маркетинг в сфере здравоохранения – это глобально развивающаяся концепция. Поставщики медицинских услуг становятся более ориентированными на потребителя (пациента), и поэтому продолжают повышать уровень качества обслуживания. Услуги здравоохранения становятся более рациональными и стандартными за счет использования современных принципов маркетинга.

Мотивация частного сектора к оказанию медицинских услуг – это финансовые ожидания. В этом случае ожидания пациента (или потребителя) должны быть удовлетворены безупречно, и поэтому поставщики медицинских услуг применяют маркетинговые процессы и принципы в своих учреждениях.

В системе здравоохранения достаточно сложно проследить взаимосвязь между результатами труда медицинских работников и затраченными усилиями. Основным результатом работы организаций сферы здравоохранения является состояние здоровья населения. Данный результат косвенно можно измерить такими показателями, как уровень заболеваемости населения и его динамики, средняя продолжительность жизни населения, уровень смертности. В государственном секторе здравоохранения цены формируются не только с учетом экономической целесообразности, но и на основе принципа социальной справедливости [1].

Формирование рынка медицинских услуг должен поспособствовало активизации предпринимательской работы медицинских организаций, что привело к увеличению конкурентной борьбы на отраслевом рынке и повышению объема платных медицинских услуг.

Тенденция последних лет жизни показывает, что исследование поведения потребителей на рынке платных медицинских услуг свелось к анализу

экономических факторов, игнорируя другие важные факторы, такие как психологические, культурные, политические и социальные. Таким образом, на наш взгляд, исследование потребительского поведения требует комплексного анализа всех факторов.

В контексте здравоохранения восприятие пациентами услуги является ключевым показателем для измерения качества обслуживания. Прошлый опыт пациентов оказывает значительное влияние на решения, принимаемые их лечащим врачом. Соответствие предоставленных услуг ожиданиям пациентов – ключевой компонент маркетинговой деятельности. В нормальных условиях потребители оценивают качество одновременно с предоставлением услуги. Но в сфере здравоохранения получение результата может занять больше времени. Сначала должен быть поставлен диагноз, затем начинается лечение, и обычно оно не дает мгновенного результата, и пациент может сделать оценку только после этих этапов.

Предоставление качественных услуг необходимо из-за конкурентной структуры отрасли здравоохранения. Удовлетворенность потребителей и воспринимаемый уровень качества не всегда возникают в результате оказания услуги. Физическая среда службы, сотрудники или даже другие пациенты могут повлиять на этот процесс. С другой стороны, медицинские услуги требуют определенного оборудования для надлежащего предоставления услуг [2].

Основные особенности медицинского маркетинга заключаются в том, что главной задачей для всех участников этого рынка является здоровье людей, а не продажа максимального количества услуг, поэтому нужно четко определить разницу между клиенто- и человекоориентированностью, если медицинская услуга будет клиентоориентированной, то тогда начнется манипулирование людьми. Приоритетным будут не оказание качественных услуг для людей, а получение денег. Единственный способ проявить истинную заботу – это быть не клиенто-, а человекоориентированным [3].

Таким образом, медицинский маркетинг является одновременно предпринимательской деятельностью и социальным процессом, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги посредством их разработки, продвижения и реализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маркетинг в здравоохранении: Учебник / Н. А. Савельева [и др.]. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2020. – 297 с.
2. Маркетинг в сфере здравоохранения-[Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: [healthcare_marketing_chapter_II%20\(1\).pdf](#).
3. Особенности маркетинга в сфере медицинских услуг Казахстана – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://kaznmu.kz/>

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ИНСТРУМЕНТ РЕКЛАМНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

***Заволочкина Ксения Александровна,
Мананкова Виктория Викторовна***

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

Социальная сеть – интернет-сервис, предназначенный для общения реальных людей, связанных общими интересами, и обмена информацией между ними.

К социальным сетям относятся:

1. Социальные сети для общения, к которым принадлежат Facebook*, ВКонтакте, Одноклассники, сайты для знакомств и др.

2. Социальные сети для обмена медиа-контентом: Instagram*, YouTube, Snapchat и др.

3. Социальные сети для отзывов и обзоров. Например, в основе зарубежных сетей Yelp и Urbanspoon лежит геолокация и возможность оставлять комментарии и рекомендации о локальном бизнесе.

4. Социальные сети для коллективных обсуждений. К современным представителям данного вида можно отнести Quora, Reddit и Digg. В основе лежит потребность в обмене знаниями.

5. Социальные сети для авторских записей. К данному типу относятся сервисы для блоггинга и микро-блоггинга. Сюда относятся такие популярные платформы, как Twitter, Medium и Tumblr.

6. Сервисы социальных закладок – это сервисы, где пользователь собирает контент в свою личную библиотеку, на которую могут подписываться другие участники сообщества.

7. Социальные сети по интересам. Например, Last.fm – сеть для меломанов, Goodreads – для любителей литературы.

* Предупреждение: Facebook и Instagram – соцсети, запрещенные в России с марта 2022 г.

Социальные сети в настоящее время являются мощнейшим средством коммуникации. Данное явление не осталось незамеченным маркетологами, поэтому сегодня почти для каждой компании залогом успешных продаж является реклама через социальные сети.

Реклама в социальных сетях – это информация, содержащая сведения о товаре или услуге, привлекающая клиентов через Интернет посредством социальных сетей.

Виды рекламы в социальных сетях многообразны:

1. Брендинг – это формирование узнаваемости бренда среди пользователей посредством положительных ассоциаций и др.

Например, производители напитка «Coca-Cola» закрепили за своим продуктом ассоциации с праздником (с помощью всем известной рекламы про Новый год), и теперь, когда человек хочет праздника, он покупает этот напиток.

2. Скрытый маркетинг – Это способ продвижения товара без его конкретного описания, т.е. отсутствует прямое навязывание. Распространенной формой скрытого маркетинга является маркетинг слухов, заключающийся в обмене информацией среди людей.

3. Вирусный маркетинг, смысл которого – запустить вирусную рекламу, чтобы она сама себя продвигала. Самое главное, вирусный материал должен быть применим для любого возраста, пола и статуса людей.

4. Чёрный PR, т.е. разрушение популярности своих конкурентов. Это не совсем легальный и хороший путь, однако, как в жизни, так и в сети часто прибегают к этому методу

С каждым годом маркетологи разрабатывают все больше рекламных инструментов и каналов для коммуникации с потенциальным покупателем.

Преимущества рекламы в социальных сетях:

1. Способность привлечь большее количество новых клиентов в короткие сроки. В социальных сетях у рекламодателей появляется возможность наиболее глубоко анализировать ход рекламной компании. Существует возможность оценивать эффективность рекламной компании по соотношению количества кликов по рекламе к проценту совершенных сделок и т.д. Также раскрученные социальные сети имеют огромную

аудиторию, что дает возможность привлечь к продвигаемому объекту интерес сотен тысяч пользователей виртуальной сети;

2. Экономия средств на рекламной компании. Несмотря на то, что социальные сети понемногу повышают стоимость размещения рекламных сообщений, их расценки продолжают оставаться самыми дешевыми в интернете;

3. Таргетированность под определенную аудиторию. Такую рекламу можно смело назвать целевой, поскольку предназначается она исключительно той аудитории, которая заинтересована в показе объявления и в получении рекламируемого товара или услуги;

4. Возможность рекламировать товар без наличия сайта. Если у производителя есть активная страница по продажам в какой-либо социальной сети, то всю необходимую информацию он может размещать там, как и поддерживать контакт с потребителями через личные сообщения и посты (здесь следует отметить, что подходит это скорее маленьким организациям, чем большим предприятиям).

Недостатки рекламы в социальных сетях:

1. Возможное недоверие покупателей. С развитием онлайн-торговли появилось множество нетрадиционных интернет-проектов, часть из которых – мошенники. Потенциальные клиенты при этом часто не вникают в суть продукта и считают все нестандартные продукты, рекламируемые в социальных сетях, недобросовестными.

2. Риск негативных комментариев. К сожалению, в интернет-пространстве можно встретить много негатива (причем не всегда обоснованного), а негативные комментарии отрицательно скажутся на репутации продукта.

3. Исключительно вербальная коммуникация. Много из того, что может передать только живой человек, передать через Интернет невозможно. В этом случае живой контакт выигрывает за счет быстроты понимания. Также в процессе рекламной коммуникации через Интернет также сложно передавать эмоции.

Реклама в социальных сетях имеет больше достоинств, чем недостатков. Таким образом, с помощью социальных сетей можно найти необходимую аудиторию и установить с ней контакт, поэтому социальная сеть – хорошая рекламная платформа с широким охватом.

Авторами был проведён социологический опрос, в котором приняло участие более 50 респондентов. В ходе опроса выяснилось, что 92 % респондентов положительно относятся к социальным сетям, и что 66 % опрошенных просматривают рекламу, если она их заинтересует, а 60 % даже принимало решение о покупке через данный вид рекламы.

По уровню доверия к рекламе в социальных сетях респонденты поделились поровну и среди факторов недоверия выделили следующее: сомнительный источник рекламы (54,8 %), вообще мало доверяю чему-либо в интернете (35,7 %) и иные причины. Также 36 % призналось, имели негативный опыт в покупке через рекламу в социальных сетях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. РБК. Реклама 2020. Как меняется мировой рынок рекламы и чем это грозит бизнесу // Сайт «Plus.Rbk.ru». URL: <https://plus.rbc.ru/news/5db96d287a8aa9b7f54096bd> (дата обращения: 05.04.2021).
2. Кузьменкова Г. Исследование социальных сетей в России // Сайт «Vc.ru». URL: <https://vc.ru/marketing/67906-issledovanie-socialnyh-setey-v-rossii-kakuyu-socialnuyu-set-vybrat-dlya-prodvizheniya-produkta> (дата обращения: 05.04.2021).

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕДУРЫ БЕНЧМАРКИНГА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Заикина Марина Васильевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Голиков Вячеслав Владимирович*

Использование бенчмаркинга в управлении любой организацией заключается в том, что производственные, маркетинговые и другие функции становятся более управляемыми и эффективными, особенно когда организация постоянно исследует и внедряет лучшие и оптимальные организационные подходы, методы и конкурентные преимущества передовых организаций [1].

Системы здравоохранения разных стран имеют как много общих, так и отличающих их особенностей. Это напрямую влияет на их развитие. Так, например, в Великобритании присутствует в основном система общественного здравоохранения, а в Германии распространена система страхования. В России в 1991 году произошло серьезное и внезапное разделение государственной и страховой системы здравоохранения в общей тенденции социально-экономического кризиса. Это способствовало развитию в России своей специфически развитой системы здравоохранения.

Этому способствовал ряд факторов. Во-первых, существенные и растянутые размеры территории, в которой российские регионы находятся не только в разных климатических зонах, но и отличающихся социально-экономических условиях развития. Отсюда и существенные различия в финансировании из-за удаленности от центра и в разных потребностях населения в медицинской помощи.

Во-вторых, частная медицинская практика, как вид медицинской помощи, во многих удаленных регионах практически не развивается. Причина этого, заключается в том, что во время периода существования около 70 лет социалистической системы управления страной, медицинская помощь гражданам оказывалась бесплатно. Кроме того, во время кризиса 1990-х годов примерно 89% населения оказалась за чертой бедности. В этих сложных условиях заниматься развитием частной медицинской практики попросту

было невозможно. И хотя в последнее время уровень благосостояния населения страны увеличился, внедрение рыночных механизмов управления в систему здравоохранения происходит медленно из-за существовавшей многие годы советской системы.

В-третьих, организация системы здравоохранения в разных регионах России существенно отличается друг от друга. Скорее всего это связано с тем, что в период постсоветского развития отраслей промышленности и региональной торговли, регионы реализовывали политику развития системы здравоохранения на свое усмотрение и чаще всего в зависимости от возможностей региональных и муниципальных бюджетов. Например, в регионах, в которых присутствуют градообразующие или мировые производители, в систему здравоохранения вкладываются дополнительные инвестиции, поскольку данные предприятия осуществляют значительные налоговые и инвестиционные вливания в формирование бюджетов регионов. В тех регионах, в которых таких крупных предприятий нет, уровень жизни населения существенно ниже и, соответственно, и система здравоохранения развивается замедленными темпами. В отдельных же областях, например, с большим процентом финансовых поступлений в бюджет от торговли, в системе здравоохранения наблюдается развитие большего числа частных медицинских учреждений.

То есть, на сегодняшний день в России сложилась своя организационная система здравоохранения, не имеющая аналогов в мире. Помимо этого, как правило считается, что система здравоохранения развивается по собственным законам, которые отличаются от законов других отраслей экономики. Однако, если рассмотреть мировую практику с позиции развития многих инновационных отраслей, к которой относится и отрасль здравоохранения, можно найти много сходных моментов. Инновационная отрасль отличается от любой другой отрасли тем, что она не может полагаться только на свой собственный опыт, так как она новая, но она несомненно может использовать лучший опыт и достижения в других отраслях, адаптируя их к себе. В этом контексте возникает необходимость постоянно изучать опыт ведущих мировых организаций с опытом использования бенчмаркинга как инструмента управления и применять его к развитию сложившейся системы здравоохранения в России [1].

Как инструмент управления, бенчмаркинг рассматривается как систематическая деятельность, которая направлена на поиск, оценку и обучение, основываясь на лучших примерах развития организаций, независимо от их размеров, экономической сферы деятельности и территориального расположения. Сравнительный анализ, в этом случае – это способность выявлять то, что другие делают лучше, а также изучения, совершенствования и применения оптимальных методов работы других компаний. Может показаться, что речь идет о том же методе, с помощью которого деятельность передовых компаний всегда и анализировалась, и изучалась, перенимая лучшее. Но на рубеже 1970-х гг. некоторые крупные компании начали разрабатывать теорию, которая основывалась на сравнении деятельности не только предприятий-конкурентов, но и передовых компаний других отраслей, в то время как компании стремились количественно оценить различия в управлении. Концепция и методы, которые они разработали, позволили снизить затраты, увеличить прибыль и оптимизировать динамику структуры, а также выбор стратегии работы на рынке [3].

Отсюда получается, что бенчмаркинг – это не просто технология сравнения с эталоном, но и технология сравнения с лучшими компаниями на данном уровне развития определенной системы. Отличительной особенностью системы бенчмаркинга от других методов сравнения с лучшими результатами является то, что сравнение проводится не столько с лидерами данной отрасли, а сколько с лучшими организациями, находящимися в аналогичных условиях функционирования. Применяя эту методику в здравоохранении, руководителям необходимо ориентироваться не на лучшие показатели деятельности медицинских организаций в нашей стране и за рубежом, а на лидеров среди медицинских организаций того же номенклатурного уровня в своем регионе или соседних регионах. Только достигнув высшего уровня на данном этапе, возможно выбрать более подходящий уровень развития уже своей деятельности и попытаться завоевать новые позиции, ориентируясь не только на общероссийский, но и на мировой уровень.

Система эффективного управления успешно применяется во многих отраслях и в том числе в здравоохранении в различных странах. Бенчмаркинг позволяет не ставить перед медицинской организацией невыполнимых целей и, в то же время, постоянно повышать ее уровень развития. Другими словами, это позволяет развиваться в соответствии с законами рыночной

экономики. Бенчмаркинг может применяться в системе здравоохранения начиная деятельностью персонала и подразделений в отдельной организации и заканчивая деятельностью департаментов здравоохранения [1].

Как известно здравоохранение – это социально значимая отрасль и его основная задача – повысить уровень общественного здравоохранения и здоровья населения страны. В этом случае бенчмаркинг целесообразно применять в системе повышения качества медицинских услуг населению. Классическая идея, в этом случае, заключается в том, что уровень здоровья населения определяется многими факторами, и только на 8-10% зависит от самой организации системы здравоохранения. Тем не менее, большинству отечественных медицинских учреждений не хватает разработанной стратегии развития в рыночных условиях [2].

Таким образом, в сложившихся условиях развития здравоохранения в России, при реализации программ модернизации и оптимизации системы здравоохранения в стране, необходима не только обычная закупка спецоборудования и ремонт имеющихся помещений, что собственно и происходит в большинстве лечебно-профилактических учреждениях, причем чаще всего фрагментарно, в первую очередь необходимо обращать внимание на конкретные цели и задачи организации, реализовывать конкретные стратегические планы развития, повышать качество всех медицинских и государственных услуг, а также разрабатывать отраслевые стандарты. Многие из этих вопросов имеют готовое решение, не в здравоохранении, но и в других отраслях. Поэтому применение мирового опыта ведущих компаний и, в частности, методологии бенчмаркинга позволит системе отечественного здравоохранения уверенно развиваться по оптимальной траектории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возможности применения бенчмаркинга в здравоохранении. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <file:///C:/Users/GolikovVV/Downloads/vozmozhnosti-primeneniya-benchmarkinga-v-zdravoohranenii.pdf> (Дата обращения: 07.09.2021)
2. Медик В. А., Осипов А. М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. – М., 2012. – С. 38.
3. Титова В. А., Макаренко О. В. Бенчмаркинг как инструмент формирования инновационного потенциала предприятия // Инновации. – 2016. – № 7. – С. 101–107.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПЛАТФОРМА ДЛЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Зейналы Рафаэль Риза оглы

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента,
кандидат экономических наук Любовь Анатольевна Хало*

В современном мире маркетингологами доказано, что отзывы потребителей напрямую влияют на имидж той или иной компании в глазах потенциальных клиентов и конкурентов. [1] Важно понимать, что отзыв – это выражение сложившегося мнения по какому-либо вопросу. В XXI веке, где социальные сети являются важным источником информации, отзывы в Интернете имеют большое значение для возможных клиентов, особенно для пациентов, перед которыми стоит выбор врача.

Исходя из личных встреч с руководителями медицинских центров и клиник, а также 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 2021 году.

В соответствие с намеченной целью были определены следующие методы: анализ информационной платформы «ПроДокторов», частные беседы с руководителями медицинских учреждений г. Волгограда.

В ходе научной работы в целях узнать мнения медицинских работников нами были выбраны 3 медицинских учреждения г. Волгограда: Медицинский центр «ЭндоВизион», Клиника семейной медицины и стоматология Джулия. В ходе частных бесед, проведенных с руководством данных учреждений, было выявлено, что около 75% 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, хочется отметить, 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 55 судебных дел, где отстаивал реальность отзывов пользователей. Директор медицинского центра «ЭндоВизион» считает, что одним из наиболее эффективных средств поддержания бренда в сети Интернет является регистрация аккаунта компании на сайтах отзывов. Именно на таких сайтах предприятия получают оперативную информацию о качестве обслуживания и предоставляемых услуг напрямую от потребителей. А потребители, в свою очередь, опираясь на отзывы других клиентов, могут сделать взвешенный выбор – это является современным аналогом коммуникации «из уст в уста».

Стремление различных клиник повысить лояльность потребителей в сети Интернет, причем не всегда честными способами, часто приводит к абсолютно обратным последствиям. Поэтому, руководству клиник не стоит прибегать к подобным методам интернет-маркетинга, целесообразнее реально повышать уровень обслуживания и качество предоставляемых услуг. Помимо этого, важно понимать, что право выбора – это осознанное принятие решения из предложенного множества вариантов, это предпочтение одного варианта другому [2]. Ведь врач не может нравиться всем. Кому-то нужен специалист жестче, кому-то помягче. В вопросе лечения подход специалиста является одним из ключевых факторов выздоровления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопян А. Маркетинговая деятельность и логистика на медико-фармацевтическом рынке. // Маркетинг. – 2017. – № 3. – С. 84–89.
2. Зейналлы Р. Р. о. – Маркетинговые коммуникации медицинских организаций и их роль в повышении эффективности системы здравоохранения в РФ // XII Международная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых «Инновационное развитие экономики: инструменты и технологии», 18 апреля 2019. – Волгоград. – С. 180.

ЯНДЕКС.МЕТРИКА КАК ИНСТРУМЕНТ АНАЛИТИКИ ВЕБ-САЙТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА «ЭНДОВИЗИОН»)

Зейналы Рафаэль Риза оглы

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента,
кандидат экономических наук Кукина Елена Николаевна*

Медицинским организациям необходимо создавать качественно новые условия функционирования, обеспечивать свою конкурентоспособность и, соответственно, выходить в рыночную среду, соответствуя всем современным тенденциям. [1] Без тщательного изучения оценки посещаемости веб-сайтов и анализа поведения пользователей существование таких учреждений не представляется возможным.

Для анализа нами был выбран бесплатный интернет-сервис компании Яндекс, который, в свою очередь, предназначен для оценки поведения пользователей и анализа посещаемости сайта. На данный момент Яндекс. Метрика является третьей по размеру системой веб-аналитики в Европе.

Яндекс.Метрика представляет собой специальный аналитический инструмент, который позволяет узнать, что происходит на сайте после клика в поисковой выдаче. Эти сведения необходимы для анализа поисковой оптимизации. Отчеты в Метрике наглядно показывают, по каким кампаниям, фразам и поисковым запросам приходят на сайт посетители, из каких регионов.

В Метрике можно получить подробные характеристики целевой аудитории. Пол, возраст и интересы посетителей вычисляются путем анализа их поведения в Интернете с помощью технологии Крипта. Ориентируясь на эти данные, кампанию по поисковой оптимизации можно делать более релевантной и за счет этого повышать ее эффективность.

Опция по посетителям дает информацию об общем числе посетителей, пришедших на сайт за определенный период времени.

Для удобства и стандартизации полученных статистических данных, в качестве периода исследования для сайта, был выбран один календарный

месяц. На рисунке 1 приведена точная информация о количестве пользователей, посетивших сайт в период с 20.09.2021 по 20.10.2021.

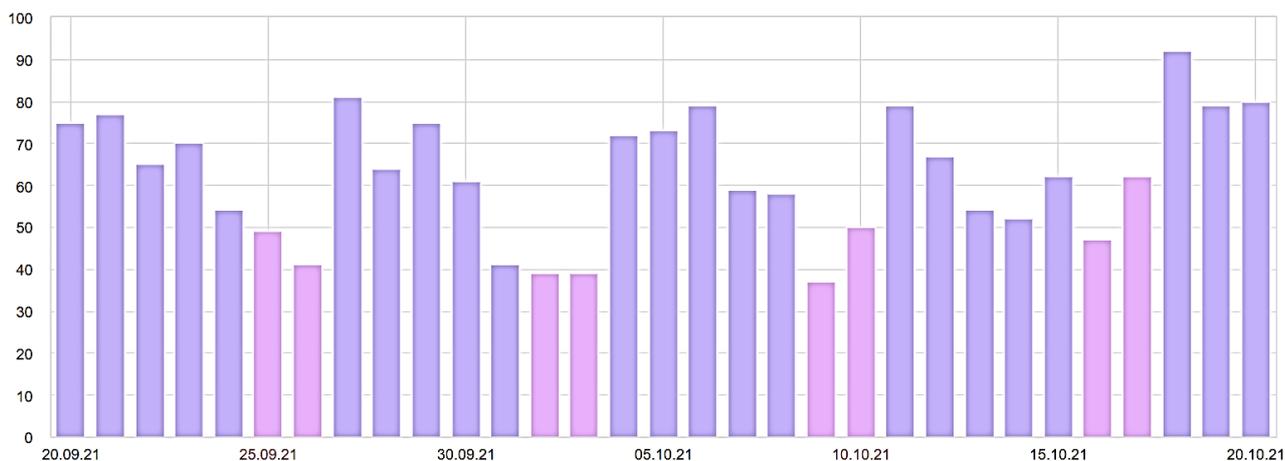


Рис. 1. Посещаемость сайта медицинской организации
(источник: Яндекс.Метрика)

Анализируя диаграмму, можно сделать вывод, что основной прилив посетителей происходит в рабочие дни. Максимальное число посетителей за день составляет 92 человека, этот максимум был достигнут 18 октября.

После диаграммы Метрика предлагает нам табличный вариант с данными, но уже с дополнительными параметрами. Данные в этой таблице приведены за каждый день, а параметрами оценки, предлагаемые Метрикой, являются: посетители, визиты, доля новых посетителей, глубина просмотра и время, проведенное на сайте.

Подводя итог, хочется отметить, что Яндекс Метрика предоставляет ценную информацию о посетителях сайта, с помощью которой можно делать выводы об эффективности работы текущих процессов и о необходимых улучшениях [2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопян А. Маркетинговая деятельность и логистика на медико-фармацевтическом рынке. // Маркетинг. – 2017. – № 3. – С. 84-89.
2. Зейналлы Р. Р. о. – Маркетинговые коммуникации медицинских организаций и их роль в повышении эффективности системы здравоохранения в РФ // XII Международная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых «Инновационное развитие экономики: инструменты и технологии», 18 апреля 2019. – Волгоград. – С. 180.

ВРАЧИ-БЛОГЕРЫ: НА КОГО ПОДПИСАТЬСЯ, ЧТОБЫ ПРАВИЛЬНО ЗАБОТИТЬСЯ О ЗДОРОВЬЕ

Зейналлы Рафаэль Риза оглы, Поздняк Екатерина Вадимовна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель кафедры
экономики и менеджмента ВолгГМУ Шестакова Ирина Валерьевна*

В реалиях современного мира реклама является направлением в маркетинговых коммуникациях, в рамках которого производится распространение информации для привлечения внимания к объекту рекламирования с целью формирования или поддержания повышенного интереса к продукту или услуге [1]. Связующим звеном рекламы и потенциальных покупателей в XXI веке становятся блогеры. Сегодня они представляют собой лидеров общественного мнения и являются амбассадорами крупных различных компаний и брендов.

Цель исследования заключается в анализе блогов о медицине, изучении информации, предоставленной врачами-блогерами, определении на основе полученных данных маркеров, свидетельствующих не компетенции владельцев данных медицинских страниц.

Работая над данной темой, мы разработали особые маркеры, благодаря которым нужно понять, что блог о медицине является недостоверным и лучше всего от него отписаться:

- ✓ Доказательства, основанные на личном опыте врача.
- ✓ Отсутствие ссылок на авторитетные медицинские источники.
- ✓ Отсутствие документов о медицинском образовании, на просьбу прислать таковые – отказ.
- ✓ Сомнительные методики (поедание плаценты, выведение шлаков, лечение рака содой).
- ✓ Частое упоминание о собственных промокодах с различных торговых площадок, что свидетельствует о заинтересованности данного лица, заставить читателя блога приобрести какую-либо продукцию и получить процент с покупки, например: iHerb. My Protein и другие.

✓ Призыв участвовать в различных платных курсах или марафонах связанных с детокс-терапией, жиросжиганием за 2 недели, которые проводятся небезопасным медицинским методикам.

✓ Платные марафоны по излечению сложных заболеваний (онко-заболевания, бесплодие, вич, спид и туберкулёз).

В ходе научного исследования был проведен опрос среди молодежи и студентов, которые ведут активную жизнь в социальных сетях, а именно: YouTube, Instagram* и TikTok. По итогу опроса, в котором приняли участие 250 человек, было выявлено: 30 % (75 человек) – считают, что социальные сети являются местом для творчества и соответственно, они не подписаны на медицинские блоги и считают это неуместно; 60 % (150 человек) – убеждены, что блоги о медицине – это полезно и актуально в наше время, так как не всегда есть возможность посетить врача; оставшиеся 10 % (25 человек) – считают, что в большинстве случаев блоги о медицине – это реклама.

Таким образом, можно сделать вывод, что лишь меньшинство опрошенных не доверяют блогам врачей в социальных сетях. Большинство респондентов положительно относятся к таким блогам, доверяя информации, предоставленной врачами-блогерами.

Важно понимать, что надежные врачи-блогеры берут на рекламу только блоги, которым можно доверять. Это вопрос репутации, которую долго зарабатывают, а теряют за секунду.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зейналлы Р. Р. о., Поздняк Е. В. Маркетинговые коммуникации в сфере здравоохранения// Материал 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 24–27 апреля 2019. – Волгоград, 2019. – 315 с.

* Предупреждение: Instagram – соцсеть, запрещенная в России с марта 2022 г.

РЫНОК СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ В РОССИИ

Ибрагимова Марха Вахидовна, Каграманова Милана Эдуардовна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение. В связи с популяризацией здорового образа жизни молодые люди стараются регулярно заниматься спортом и в этом им помогает спортивное питание. Среди ученых до сих пор ведутся споры о пользе и вреде спортивного питания, что может существенно повлиять на продажу.

Цель. Выяснить преимущества и недостатки данного направления и перспективы его дальнейшего развития.

Материалы и методы. Анализ актуальных интернет-источников.

В исследовании применялся метод социального опроса, проведенного с использованием Googledocs (<https://forms.gle/NdVLXJCV5uy5QWZy8>)

Результаты и обсуждения. Уровень развитости рынка спортивного питания связан с популярностью ведения здорового образа жизни и общей численностью населения, регулярно занимающейся спортом. Согласно официальным данным, на данный момент только 16% россиян регулярно занимаются спортом.

Значительная часть населения России убеждена, что спортивное питание может только навредить, по причине неосведомленности населения в данной сфере. Но, несмотря на многочисленные разногласия и сомнения, все-таки наблюдается рост количества населения, предпочитающее вести активный образ жизни и иметь красивое и стройное тело.

При выборе бренда спортивного питания значительная часть потребителей ориентируется на эффективность продукта. Также на выбор спортивного питания могут повлиять такие факторы, как:

1. Безопасность для здоровья – 89%
2. Стоимость продукции – 35%
3. Бренд – 25%
4. Эффективность – 50%
5. Практичность упаковки – 7,1%
6. Популярность – 7,1%
7. Советы и консультации третьих лиц – 22%

Сегодня смело можно утверждать, что будет наблюдаться рост объема продаж спортивного питания, потому что постоянно увеличивается число фитнес-клубов, которые являются самыми распространенными пунктами продажи спортивного питания. Следует также отметить, что рынок спортивного питания в России постепенно развивается за счет роста уровня жизни населения.

Однако, существуют факторы, замедляющие развитие рынка спортивного питания:

1. Разногласия и бытующие мнения о негативном воздействии спортивного питания на организм человека
2. Низкий уровень знаний потенциальных покупателей о составе и способах производства спортивного питания
3. Недостаточно распространенное потребление спортивного питания

Для представителей рынка спортивного питания большую роль играют потенциальные потребители, которые не решаются на покупку спортивного питания. Для того, чтобы превратить потенциальный покупатель в реальный, необходимо направить силы на информирование населения о составе спортивных добавок, особенностях их влияния на организм, стараться опровергнуть все мнения о вредности спортивного питания, повышать культуру потребления не только спортивного, но и здорового питания в целом.

Результаты опроса показывают, что 90 % регулярно занимаются спортом.

При выборе спортивного питания, особое внимание уделяется безопасности для здоровья – 89 %; по 7,1 % составили практичность упаковки и популярность бренда [1].

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено, что спортивное питание набирает популярность в современном мире; при выборе питания особое внимание уделяется безопасному воздействию на организм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Николаева М. А., Худяков М. С., Худякова О. Д. Состояние и перспективы развития рынка продуктов спортивного питания в России и за рубежом // Российский внешне-экономический вестник. – 2019. – №6. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-i-perspektivy-razvitiya-rynka-produktov-sportivnogo-pitaniya-v-rossii-i-za-rubezhom> (дата обращения: 02.10.2021).

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Каден Петр Андреевич

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

В современном мире за счет стремительного развития различных каналов получения информации и «медиатизации» общества меняются и способы продвижения товаров и услуг, в том числе и в сфере здравоохранения. Также большую роль в изменении маркетинговых стратегий в 2020–2021 гг. сыграла пандемия COVID-19 и ограничительные меры, связанные с ней. Большое распространение получили дистанционные технологии взаимодействия с потребителем с помощью сети Интернет.

Медицинские организации используют множество цифровых инструментов, с помощью которых могут охватить большее количество людей при меньших затратах. Пациентам так легче найти информацию об услугах и продуктах. Рекламная деятельность в интернете улучшает имидж организации и способствует значительному улучшению коммуникации между организацией и потребителем [1].

В первую очередь одной из главных тенденций можно назвать рекламу в социальных сетях, которая реализуется путем SMM (Social Media Marketing) и таргетной рекламы. В первом случае продвижение заключается в создании страниц медицинских организаций в социальных сетях с целью рекламы услуг, коммуникации с потребителями, публикации различных материалов. Таргетная реклама представляет собой рекламные объявления, которые отображаются отобранным по различным параметрам пользователям (пол, возраст, подписки на определенные темы). Это объясняется тем, что для многих пользователей социальные сети являются основным источником получения информации, заменяя привычные СМИ [2].

Также в настоящее время быстрыми темпами набирают популярность социальные сети, ориентированные на распространение медиа-контента (такие как Instagram, TikTok), что приводит к тому, что медицинским организациям

для продвижения своих услуг уже недостаточно публикации простых объявлений и текстовой рекламы. Вследствие этого многие медицинские учреждения перешли на привлечение потребителей путем публикации медиа-материалов в своих аккаунтах в социальных сетях [3].

В последнее время популярным стало продвижение медицинских услуг через личный бренд врача. Личный бренд позволяет выделяться среди конкурентов, создает устойчивый образ эксперта в той или иной области медицины, что повышает спрос на услуги данного врача и других специалистов организации.

Таким образом, переход к цифровой экономике, всесторонняя информатизация приводят к изменениям во всех сферах, в том числе и в маркетинге здравоохранения. Рынок медицинских услуг является высококонкурентным, что определяет высокие требования к способам продвижения медицинских услуг. Поэтому сегодня медицинским организациям необходимо наладить коммуникации через Интернет, чтобы заполучить положительную репутацию, укрепить свои позиции и повысить конкурентоспособность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Aykut Ekiyor and Fatih Altan, Marketing Communication and Promotion in Health Services, 2019. [Режим доступа]: <https://www.intechopen.com/chapters/71479>
2. Халилов Д. Маркетинг в социальных сетях [Текст]: 2-е изд. – Москва: Манн, Иванов и Фебер, 2018
3. Бомбин А. Ю. Продвижение товаров и услуг в социальных сетях, [Текст]: сборник трудов/ Бомбин А. Ю., Данилова Н. И. – Ставрополь: ФГАОУ ВО СКФУ, 2020

ИЗУЧЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ СПРОСА НА КОФЕИНОСОДЕРЖАЩИЕ НАПИТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ СУТОК

Калинова Анастасия Евгеньевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение. В настоящее время кофеин является одним из наиболее часто потребляемых биологически активных веществ и встречается в энергетических и сладких газированных напитках, кофе, чае, лекарственных препаратах и продуктах питания, содержащих какао и шоколад. Одна из основных причин современного роста потребления кофеиносодержащих напитков – это его тонизирующее действие. Среднее потребление кофеина в РФ составляет для подростков:

12-14 лет	225,8 мг
15-17 лет	256,8 мг
18+	344,9 мг

Это значительно превышает безопасный уровень (150 мг в сутки) потребления кофеина. Исходя из предоставленных данных, тема является актуальной.

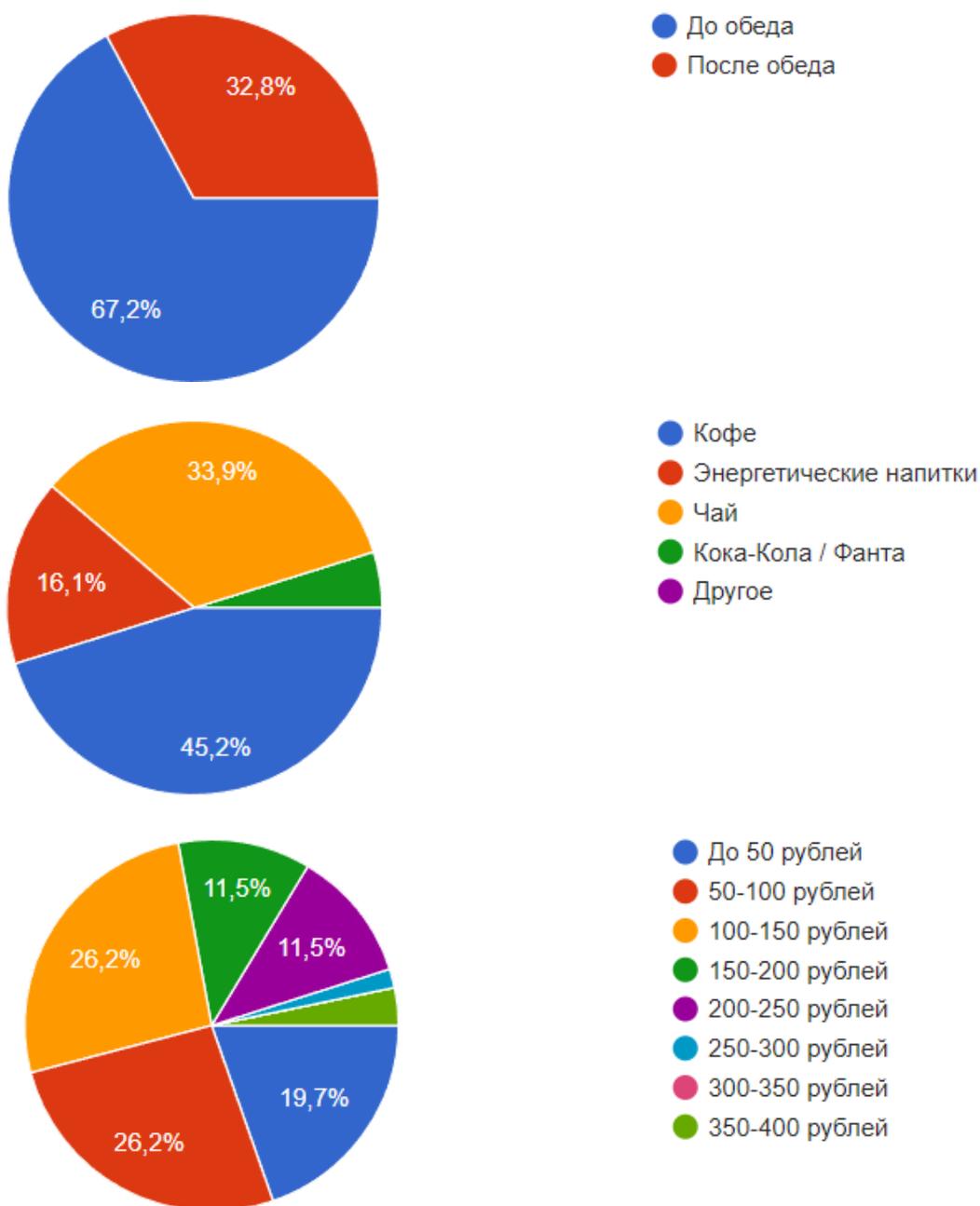
Цель и задачи. Изучить величину спроса на кофеиносодержащие продукты среди потребителей различных возрастных категорий в зависимости от времени суток.

Задачи:

- 1) Определение основной аудитории потребителей кофе в наше время;
- 2) Проследить употребление кофеиносодержащих напитков до обеда и после обеда;
- 3) Определить в какое время кофеиносодержащие напитки чаще всего употребляются;
- 4) Предложить варианты повышения спроса.

Материалы и методы. В рамках исследования проведён социологический опрос среди жителей двух городов России с использованием платформы Google Forms (<https://forms.gle/sPjwZiWz4wvhs96>). В отношении респондентов соблюдались нормы конфиденциальности и автономии.

Результат и обсуждение. Мы провели опрос, в котором приняли участие 62 человека в возрасте от 12 лет. Среди 62 опрошенных 67,2 % (41 человек) употребляют кофеиносодержащие напитки до обеда. 45,2 % (28 человек) предпочитают пить кофе. Большая часть опрошенных (52,4 %) тратит на 1 кофеиносодержащий напиток 50-150 рублей.



Опрос показал, что большая часть людей пьет напитки с кофеином до обеда, чтобы взбодриться. И для того чтобы вечером спрос не падал, можно проводить кофейные вечера с живой музыкой, на которые можно попасть, купив абонемент (он предоставляет возможность на каждом вечере пить кофеиносодержащие напитки бесплатно). Такое времяпрепровождение является приятным, так как человек наслаждается и музыкой, и напитком одновременно. Также можно устроить акцию: «Приведи друга и получи круассан бесплатно». Эти акции привлекают в кофейни большое количество людей, соответственно вечером спрос будет расти.

Вывод. Таким образом, сейчас многие деловые встречи проводят в кофейнях, студенты пьют энергетики и кофе, чтобы учиться ночью. Однако, несмотря на популярность кофеиносодержащих напитков, спрос на них варьируется в зависимости от времени суток: в первой половине дня популярен кофе, во второй половине популярны энергетические и сладкие газированные напитки.

АНАЛИЗ КОНЪЮНКТУРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2014–2021 ГОДАХ

Князян Карина Грачиковна, Жаркова Светлана Игоревна

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Аннотация. На основе анализа данных конъюнктурных данных в 2014–2021 годов сделаны выводы об уровне развития фармацевтического рынка Российской Федерации. В результате конъюнктурного обзора выявлено, что по темпам среднегодового роста фармацевтический рынок является одним из наиболее динамично развивающихся рынков в современной экономике. Это можно объяснить тем, что он предоставляет населению социально значимую продукцию. Этим и объясняется важность данного исследования.

Ключевые слова: российский фармрынок, социальная значимость, конъюнктура фармрынка, оригинальные лекарственные средства, дженерики.

Среди исследователей, которые занимались изучением вопросов структуры и конъюнктуры российского фармрынка, необходимо выделить следующих: Брызгалова-План Е. А. [2], Глазкова О. С. [3], Горлов В. В. [4], Дмитриев А. С. [5], Зипунникова А. А. [8], Измайлов А. М. [8], Ковшова М. В. [1], Кулакова О. Н. [6], Пушкарев О. Н. [7], Сурат В. И. [4], Шоломицкая М. М. [9] и др.

Начиная анализировать фармацевтический рынок с 2014 года, необходимо выделить стабильные темпы его роста. Конечно, такие темпы роста не обошлись без участия государственных закупок для обеспечения выполнения национального проекта. Но и на розничном коммерческом рынке также наблюдался подъем, который был связан с тем, что аптечные сети расширили ассортимент лекарственных препаратов, а также расширился круг потребителей, желающих приобрести оригинальные лекарственные средства, нежели дженерики, цена у которых гораздо ниже. Произошло увеличение спроса на лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Несмотря на такое хорошее развитие событий, некоторые эксперты предположили, что в дальнейшем такой положительной динамики ожидать не стоит. Как показывает статистика, заработная плата населения замедляется. Но хоть и спрос на лекарственные средства считается не эластичным, он все-

таки напрямую зависит от благосостояния населения. Еще одной причиной стало то, что благодаря прививкам произошло существенное падение заболеваемости такими болезнями как грипп и ОРВИ, а вспышки этих заболеваний являются наиболее «урожайной» порой для фармацевтического рынка. Данные по динамике развития российского фармрынка 2014–2020 годах представлены на рисунке 1.

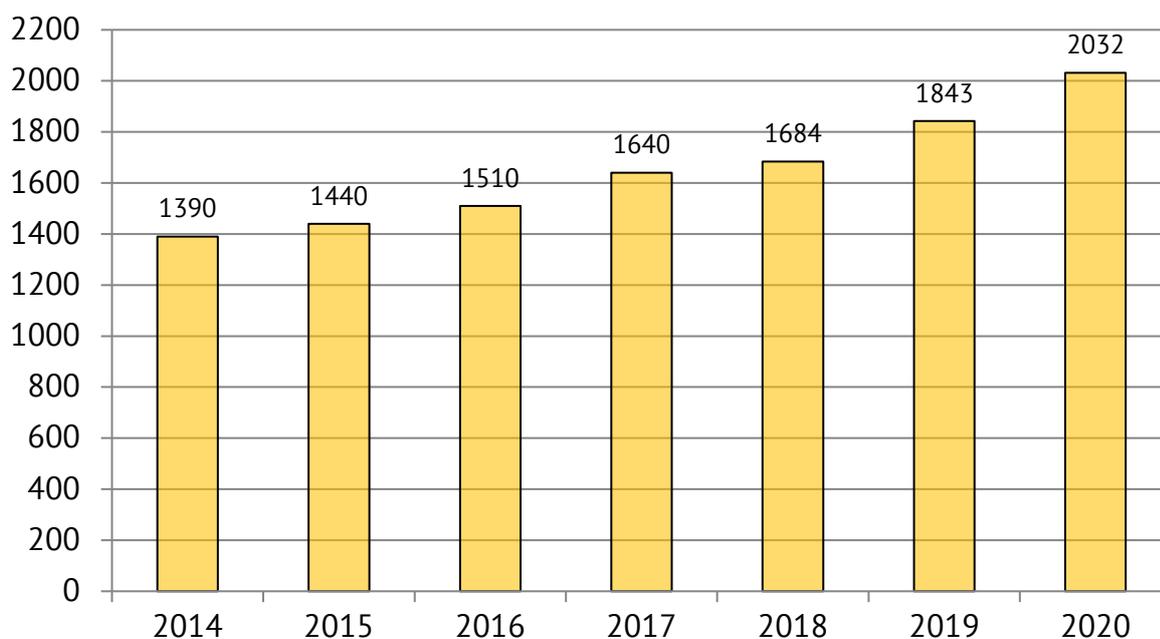


Рисунок 1. Динамика развития российского фармрынка 2014-2020 годах (млрд. руб.)

Но, конечно, самой волнующей для всех новостью была пандемия COVID-19. Весь мир следил за новостями, связанными с распространением коронавирусной инфекции. Выросли продажи лекарственных средств. COVID-19 изменил потребление лекарств и способствовал изменению эпидемиологической обстановки. В связи с этим, к январю 2021 года количество аптечных точек увеличилось на 1,2 тыс.

Хоть и фармацевтический бизнес считается одним из самых стабильных, но события 2020 года не прошли для него бесследно. В первом квартале 2021 года выручка аптек снизилась на 12 %. А март показал самые печальные результаты: выручка упала до 118 млрд. рублей. В аналогичный период 2020 года она составляла 160 млрд. рублей. Такое падение связано с тем, что доходы россиян уменьшились, люди стали экономить на лекарствах, спрос на дженерики вырос на 5–6 % (15 % в денежном выражении) в ущерб оригинальным лекарственным

средствам. Еще одной причиной является то, что во время первой волны пандемии люди запасались лекарствами и теперь пользуются ими. Но, несмотря на такие прогнозы, все-таки особая роль в 2020 году была отведена фарминдустрии, в которой произошло немало важных новостей. Во-первых, возникла необходимость осуществления маркировки лекарственных средств. Согласно нововведениям, все поставляемые в Россию лекарства, должны иметь код, по которому можно отследить их движение по товаропроводящей цепи. Это должно способствовать прозрачности на рынке.

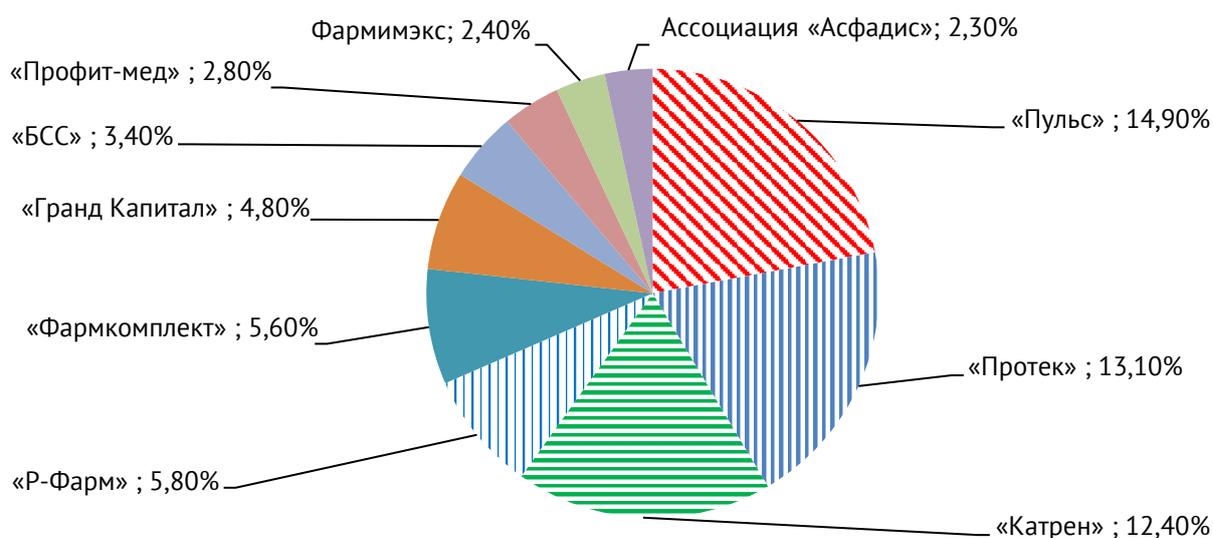


Рисунок 2. Концентрация оптового сегмента российского фармрынка в период в 2020 г.

Но, следует отметить, что в 2020 году из-за того, что людям понадобилось больше лекарств Центр развития перспективных технологий не справился в полной мере с нагрузкой. Поэтому к 2021 году этот вопрос еще остался открытым. В 2020 году было разрешено ввозить незарегистрированные лекарства. Это было сделано для того, чтобы повысить доступность лекарств, исчезнувших с рынка из-за несовершенства системы государственных закупок, а также некоторых импортных препаратов, которые не зарегистрированы в РФ.

В 2019 году увеличился оборот онлайн-рынка поэтому он стал нуждаться в понятных правилах регулирования. Пандемия ускорила принятие закона о дистанционной торговле лекарствами, и в марте 2020 года онлайн продажа лекарственных средств без рецепта стала легальной. Это поспособствовало тому, что потребители еще чаще стали приобретать лекарства онлайн. В 2020

году стартовал проект с дистанционным консультированием врачей. По федеральному проекту развитие цифровой медицины обойдется в 51 млрд рублей.

Таким образом, в результате проведенного анализа конъюнктуры фармацевтического рынка Российской Федерации в 2014–2021 годах, авторами выявлено, что несмотря на динамичность своего развития на рынке существует несколько проблем, связанных с маркировкой лекарственных средств (которая в условиях ситуации пандемии коронавирусной инфекции) проявила неготовность рыночной инфраструктуры рынка; связанных с предстоящей онлайн – торговлей лекарственными средствами (в том числе и по рецептурному отпуску), а также развитием телемедицины (с разработкой законодательной базы для осуществления данного вида деятельности).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брызгалова-План Е. А., Ковшова М. В. Актуальные вопросы повышения эффективности услуг фармацевтических компаний-разработчиков // *Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики*. – 2020. – №3. – С. 145–155.
2. Брызгалова-План Е. А. Алгоритм функционирования фармацевтических компаний-разработчиков и их классификация // *Экономика и предпринимательство*. – 2021. – № 4. – С. 1011–1016.
3. Глазкова О. С. Особенности маркетингового управления распределением лекарственных средств с коротким сроком годности // *Маркетинг в России и за рубежом*. 2021. № 3. С. 81–88.
4. Горлов В. В., Сурат В. И. Управление затратами и организация внутреннего контроля на предприятии: монография. – М: Дашков и К, 2021. – 340 с.
5. Евстратов, А. В. О формировании экспортной ориентации на российском фармацевтическом рынке [Текст] / А. В. Евстратов, А. С. Дмитриев // *Российский внешнеэкономический вестник*. – 2020. – № 7. – С. 25–35.
6. Евстратов, А. В. Роль информационно-аналитического обеспечения в управлении бизнесом фармацевтической компании [Текст] / А. В. Евстратов, М. В. Кулакова // *Известия Волгоградского государственного технического университета*. – 2017. – № 15 (210). – С. 90–94.
7. Евстратов, А. В. Анализ структуры рынка производителей лекарственных средств на фармацевтическом рынке Российской Федерации [Текст] / А. В. Евстратов, О. Н. Пушкарев // *Известия Волгоградского государственного технического университета*. – 2018. – № 6 (216). – С. 67–73.
8. Измайлов, А. М. Структура фармацевтического рынка: концентрация участников и отраслевая специфика [Текст] / А. М. Измайлов, А. А. Зипунникова // *Парадигмы управления, экономики и права*. – 2020. – № 1 (1). – С. 106–113.
9. Шоломицкая М. М. Оценка эффективности коммерциализации результатов интеллектуальной деятельности в фармацевтических организациях // *Экономика и банки*. – 2020. – № 2. – С. 77–86.

ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРЕТИГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Кувшинов Илья Сергеевич

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента,
кандидат экономических наук Голиков Вячеслав Владимирович*

Одно из наиболее сложных направлений маркетинговой деятельности – маркетинг медицинских услуг или медицинский маркетинг. Ранее большое количество исследований этой специфики ориентировалось на анализ организационно-экономических возможностей здравоохранения и не брало во внимание медико-социальный, социальный и психологический аспекты, направленные на медико-социальную помощь населению. Маркетинговые технологии нужны в здравоохранении в условиях адаптации к специфике отрасли, ее задачам и ресурсам.

Под понятием медицинский маркетинг нужно понимать такой вид деятельности, который направлен на получение полной информации о потребностях населения в сфере здравоохранения и получения необходимой медико-социальной помощи, которая обеспечила бы сохранение общественного здоровья. Можно отметить тот факт, что маркетинг здравоохранения охватывает весь спектр организационно-экономических функций, направленных на реализацию комплекса оздоровительно-профилактических, санитарно-гигиенических, лечебных услуг.

Маркетинг медицинских услуг – это деятельность двусторонняя: коммерческая и социальная. С коммерческой стороны маркетинг медицинских услуг представляет собой предпринимательский процесс по продвижению услуги учреждением здравоохранения (врач, медицинская сестра, медицинский регистратор) к потребителю (пациенту). С социальной точки зрения маркетинг медицинских услуг может рассматриваться как общественный процесс, с помощью которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги посредством их разработки, продвижения, реализации, что в конечном итоге сказывается на состоянии здоровья населения государства в целом.

Маркетинг платных медицинских услуг представляет собой совокупность методов и технологий, которые основываются на исследовании спроса потребителей и создании предложения платных услуг здравоохранения. Рынок платных медицинских услуг является частью рынка нематериальных услуг и представляет собой экономические отношения между производителями и потребителями, основывающиеся на производстве, распределении, обмене и потреблении услуг [1].

В целом маркетинг медицинских услуг включает в себя комплекс мероприятий, состоящий из следующих элементов: продукт (услуга), цена, место предоставления услуги, продвижение, персонал, процесс оказания услуги, включая сервис, физическое окружение.

Основным элементом комплекса маркетинга является медицинская услуга. Медицинская услуга представляет ценность для потребителей в сохранении и укреплении их здоровья и выступает как способ решения проблем, связанных со здоровьем. К ее экономическим особенностям относят:

- индивидуализированный характер (результат услуги воплощается в самом человеке);
- услуга не может быть оказана вне взаимосвязи «врач-пациент»;
- социальная ориентация эффективности.

Под определением «медицинский маркетинг» понимают такую деятельность, которая направлена на то, чтобы получить более полную информацию о всех потребностях населения страны в сфере медицинского обслуживания.

Виды маркетинга в сфере здравоохранения:

1. Маркетинг медицинских услуг;
2. Маркетинг медицинских организаций;
3. Маркетинг отдельных специалистов;
4. Маркетинг концептов, идей.

Сам по себе маркетинг медицинского учреждения представляет собой такую деятельность, которая направлена на то, чтобы создать данной организации исключительно положительный имидж. Под маркетингом отдельных лиц понимают создание положительной репутации отдельных специалистов медицинских учреждений, их популярность у пациентов. Маркетинг

идей представляет собой разработку и претворение в жизнь идей, которые повлияют на сферу здравоохранения в положительную сторону [2].

Здравоохранение в каждом государстве является сферой производства и оказания специфичных услуг населению страны. Ее услуги совершенно отличаются от услуг любой из сфер жизни человека.

В общем, под услугой понимают какое – либо мероприятие, которое одна сторона предоставляет другой.

В частности, под определением «медицинская услуга» понимают какое-то мероприятие или же даже комплекс мероприятий, направленные на то, чтобы проводить профилактические процедуры разных заболеваний, а также осуществлять их диагностику и лечение, имеющие определенную стоимость.

Так, медицинские услуги характеризуются тем, что они неосязаемы, неотделимы от источника, качество предоставляемой услуги крайне непостоянно и они не сохраняемы. Неосязаемость медицинской услуги заключается в том, что ее нельзя почувствовать, увидеть другими органами чувств. Неотделимость услуги от источника заключается в том, что ее невозможно получить без субъекта, который ее предоставляет. И чем более опытным будет данный специалист, тем более качественной будет предоставляемая услуга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 31.01.2016) // Российская газета, № 238-239, 08.12.1994.
2. Закирова С. А. Маркетинг в здравоохранении / С. А. Закирова // Здравоохранение Российской Федерации. 2017, № 1. 17–22 с.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Кукина Елена Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Позиционирование – ключевая сфера маркетинга и менеджмента медицинской организации в целом. Успех или неудача медицинских услуг на рынке во многом определяется возможностью занятия лояльной позиции в сознании потребителей.

С развитием рынка медицинских услуг усложняется конкуренция, естественно, усложняются критерии выбора и структура оценки потребителем медицинских услуг и брендов.

Главный объект управления, используемый при разработке стратегии позиционирования, – это комплекс маркетинга, с особым акцентом на важность инноваций, достойного обслуживания и отношений с клиентами [1]. Таким образом, на наш взгляд, усилия менеджеров должны быть сосредоточены на управлении такими параметрами, как: медицинские услуги, цены, набор маркетинговых коммуникаций. Каждый из этих элементов участвует в необходимом позиционировании и должен действовать в общем направлении.

Процесс поиска эффективной стратегии позиционирования должен осуществляться с учетом конкурентного стратегического взаимодействия. Это позволит спрогнозировать сценарии реакции конкурентов и, при необходимости, изменить разработанную стратегию и избежать возможных ошибок.

При рассмотрении нескольких вариантов стратегии ценообразования необходимо учитывать набор следующих факторов, которые влияют на цену и являются «ограничивающими» ценовыми критериями: затраты, экономическая ценность для потребителя, уровень цен конкурентов, целевая конкурентная позиция, маркетинговые цели, эластичность цен, жизненный цикл медицинских услуг.

При планировании маркетинговых коммуникационных решений важно учитывать и правильно связывать многие факторы. Сначала определяется этап жизненного цикла медицинской услуги, в соответствии с уровнем восприятия идей, выбирается соответствующая группа пользователей, а затем определяется уровень ожидаемого воздействия внутри этой группы.

В последнем случае широко используется модель AIDA (Внимание – Интерес – Желание – Действие). На основании полученных данных выбирается вид маркетинговой коммуникации [2].

Решения о распределении напрямую влияют на логистические стратегии, которые часто являются единственным ресурсом для дифференциации в конкурентной среде. Они открывают возможности для экономии, что ведет к дифференциации цен, служит гарантией доставки нужных ресурсов в нужном количестве, в нужном месте, в нужное время и нужному пользователю.

Характер спроса в каждом сегменте рынка может значительно различаться в зависимости от приемлемого времени отклика на заказ потребителя, разнообразия требуемых продуктов/услуг, требуемого уровня обслуживания, цены продукта/услуги, желаемого уровня новизны. Поэтому методы оказания логистических услуг будут существенно отличаться от выбранного сегмента рынка. Таким образом, обнаружение, понимание и достижение посредством применения логистической стратегии показателей логистических услуг, необходимых для каждого сегмента рынка, является гарантией высокой конкурентоспособности организации [3].

Когда организация здравоохранения определяет стратегию выхода и конкурентное позиционирование, менеджер по маркетингу сталкивается с тактической проблемой внедрения этих решений.

Основными направлениями деятельности на этом этапе являются: управление продажами медицинских услуг, нетворкинг, внутренний маркетинг, корпоративная социальная ответственность. Важно отметить, что до сих пор многие авторы рассматривали эти вопросы в отрыве от рассмотрения маркетинговой стратегии. Эффективное управление продажами в сфере здравоохранения – это ключевое звено в процессе создания стоимости и поддержания прибыльности и базовая компетенция медицинской организации.

Современный подход к управлению продажами считается ключевой стратегической моделью управления клиентами, главной составляющей которой является отображение портфеля клиентов с позиции уровней потребляемой ими стоимости. Такой подход важен при принятии инвестиционных решений и планировании развития отношений со стратегическими клиентами.

Одним из важнейших условий рыночного успеха является быстрое приспособление к изменяющимся условиям окружающей среды. В то же время собственных ресурсов может быть недостаточно для поддержания конкурентного преимущества или просто для обеспечения физического доступа к целевым рынкам медицинских услуг. В этой связи различные формы сотрудничества между организациями, от аутсорсинга до полной вертикальной интеграции, имеют особое значение для реализации маркетинговой стратегии.

Чтобы реализовать маркетинговую стратегию, необходима готовность к изменениям в структуре медицинской организации, ее культуре, процессах и системах. Создание условий для принятия инноваций в медицинской организации, осуществление межфункциональной интеграции внутри организации, делает внутренний маркетинг одним из распространенных инструментов реализации корпоративной маркетинговой стратегии. Все это позволяет справляться не только с внутренними барьерами, но и с внешними границами, для приведения определенного соответствия между маркетинговой стратегией медицинской организации и интересами партнеров.

Таким образом, разработка стратегии позиционирования – это, по сути, проект. Разнообразие целей и задач, которые необходимо решить при его внедрении, временные ограничения, большое количество участников, требований и условий, налагаемых средой – все это требует от разработчика стратегии – менеджера проекта (PM) знания большого количества информации, являющейся обязательной при принятии эффективных управленческих решений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закускин С.В. Интеграция маркетинговых коммуникаций на основе анализа потребительских предпочтений // Российское предпринимательство. – 2018. – Том 19. – № 6. – С. 1913-1938.

2. Модель AIDA в маркетинге URL: <https://blog.calltouch.ru/model-aida-v-marketinge-cto-eto-princzipy-raboty-tehnika-prodazh-i-prakticheskie-sovety-po-primeneniyu-aida/> (дата обращения: 07.11.2021).

3. Карпова Н. П., Костенко П. М., Миненкова Ю. А. Логистические стратегии, ориентированные на эффективность // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – № 3 – С. 16–20.

РЕКЛАМА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Легенькова Надежда Михайловна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В настоящее время конкуренция в сфере оказания платных медицинских услуг значительно возросла, что заставило руководителей медицинских учреждений широко рекламировать свою профессиональную деятельность, используя самые различные методы [2]. Правильно организованная реклама предоставляет сведения, которые помогают пациентам сориентироваться в многообразии медицинских услуг [1].

Человеку, который не работал в данной сфере, может показаться, что в этом вопросе нет ничего сложного. Однако, правовая практика показывает, что, контролирующие органы выявляют значительное количество нарушений законодательства.

Так какие же требования существуют в нашей стране к медицинской рекламе? Можно ли вообще рекламировать медицинские услуги и деятельность? Об этом и пойдет речь в данной статье.

В июне 2014 года вышел Федеральный закон от 28.06.2014 № 190-ФЗ «О внесении изменений в 24 статью Федерального закона «О рекламе», согласно которому было разрешено рекламировать медицинские услуги. Здесь следует обратить внимание, что рекламодатели очень часто имеют неправильное представление о понятиях «медицинская деятельность» и «медицинская услуга». Необходимо прояснить, что медицинские услуги – врачебное вмешательство или комплекс врачебной помощи, направленных на осуществление профилактических, диагностических и лечебных действий. А понятие «медицинская деятельность» значительно шире.

Итак, в статье 24 ФЗ «О рекламе», говорится, что пропаганда медицинских услуг должна включать в себя специальное сообщение, которое поможет пациенту узнать, как можно больше информации о противопоказаниях и возможных побочных эффектах данной услуги, а также о необходимости внимательного ознакомления с инструкцией к использованию или получению консультации у соответствующего специалиста.

Помимо этого, в статье 24 ФЗ «О рекламе» указаны термины, которые запрещено использовать для рекламы в медицинской сфере. Как правило, это наименования медицинского обслуживания или процедур, например, рентген, УЗИ, ЭКГ, МРТ, протезирования и все виды лабораторной диагностики, различные процедуры. Запрещается использовать фразы, которые непосредственно связаны со здравоохранением: медосмотр, прием, консультирование [3].

Помимо всего прочего в данной статье строго регламентирована длительность рекламы. Если она звучит в радиопередаче, то время, которое ей отводится не должно превышать 3 секунд, а распространение в передачах на телевидении – 5 секунд.

Так как же должна выглядеть идеальная реклама, которая поможет привлечь большое количество клиентов и в тоже время не нарушить букву закона? Чего она не должна заключать в себе? Какие наиболее часто совершаемые ошибки? Давайте разберем на примере.

ПРИМЕР 1: «Медицинская клиника «Земский доктор»

Лучшие врачи города.

Консультация акушера-гинеколога – 2000 рублей,

Дуплексное сканирование артерий почек – 1000 рублей,

Общий анализ мочи – 500 рублей,

и т.д.

Звоните. Приходите.»

Данный пример нельзя использовать на практике, так как он включает в себя конкретные виды медицинских услуг. А также содержит целый ряд терминов (например: ОАМ, консультация и т.д.), которые запрещено употреблять в медицинской рекламе в соответствии со ФЗ «О рекламе».

ПРИМЕР 2: «Медицинская клиника «Земский доктор».

У нас работают лучшие специалисты города по профилю:

Терапия, Кардиология, Акушерство и гинекология,

и т.д.

Звоните. Приходите.

Мы работаем для Вас круглосуточно.»

Этот пример является образцом для рекламодателей. Во-первых, он позволяет привлечь внимание пациентов к своей клинике и, во-вторых,

не нарушает основные положения закона о рекламе в сфере здравоохранения.

Таким образом, проанализировав полученные данные, можно сделать вывод, что правильная, хорошо спланированная и организованная реклама имеет место быть в сфере медицинских услуг и здравоохранения, несмотря на, казалось бы, огромное количество ограничений и запретов в данном вопросе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крутов Ф. П. Маркетинг медицинских услуг: особенности, современные тенденции, модели потребительского поведения. / Ф. П. Крутов // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов V Международной научно-практической конференции / под ред. С. Ю. Соболевой, И. В. Днепроvской, Д. С. Липова. – Волгоград: ВолгГМУ, 2021. С. 224-227.

2. Майорова М. Б. Актуальность рекламы в сфере здравоохранения / М. Б. Майорова // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: материалы 76-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов / под ред. В. И. Петрова, М. Е. Стаценко, А. В. Смирнова, В. Л. Загребина. – Волгоград: ВолгГМУ, 2018. С. 327.

3. Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "О РЕКЛАМЕ" (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.08.2021) // <https://www.zakonrf.info/zoreklame/>

ОСОБЕННОСТИ И ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНЕ

Лисина Оксана Алексеевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Соболева Светлана Юльевна*

Активное становление маркетинговых концепций и их применение в практике различных организаций и предприятий явилось стимулом для активного развития так называемого отраслевого маркетинга, который отражает специфику конкретных сфер деятельности. Для рынка медицинских услуг в последние годы характерен сильный рост числа коммерческих медицинских фирм, как крупных, так и мелких, которые в своей деятельности ориентируются на новые методы управления, в том числе и маркетинговые. Для привлечения внимания потребителей медицинских услуг и формирования устойчивого спроса на них популярным инструментом стал комплекс маркетинговых коммуникаций [1]. У оффлайн- и онлайн-маркетинга в медицине есть общие особенности: неразрывная связь услуг учреждения с конкретным сотрудником, психология пациента и законодательные ограничения. Услуги, которые предоставляет медицинское учреждение почти неотделимы от личности врача, ведущего прием. Иногда проблематично выбрать, что именно продвигать: бренд, конкретного специалиста или продукт. При выборе медицинских услуг потребитель ведет себя не так, как при покупке овощей на рынке или во время визита в парикмахерскую. Он вынужден доверить врачу самое дорогое – жизнь и здоровье – поэтому чувствует психологический дискомфорт и стремится его снизить: успокоить себя положительными отзывами других пациентов, сравнением нескольких клиник, множеством вопросов. Задача медицинских учреждений в этом случае – сделать все возможное, чтобы сделать выбор максимально комфортным: быстро реагировать на обращения, не заставляя ждать и нервничать, объяснять важность лечения и то, почему была выбрана именно такая схема.

Один из главных факторов, который повлияет на выбор пациента является репутация клиники. Согласно исследованию компании «ГидМаркет», [2]

ещё в 2018 году потребители платных медицинских услуг называли решающими параметрами квалификацию врачей, эффективность лечения и уровень сервиса. Все эти факторы формируют репутацию, обо всех клиенты ищут информацию в отзывах на сторонних площадках. И при прочих равных предпочтут надёжную клинику дешевой.

Следует помнить, что потребитель идет туда, где будет хорошо и безопасно, поэтому необходимо обеспечить ему комфортный пользовательский путь до обращения в клинику. Для этого нужны сайт, онлайн-сервисы, call-центр для приема входящих вызовов, если их слишком много. Важный фактор при выборе – возможность онлайн-записи. Значительная часть пациентов, особенно возраста 50+ опасается, что поход в платную клинику принесёт больше вреда, чем пользы. Как правило патологии у пациентов старших возрастных групп осложнены коморбидными состояниями и для их лечения требуется комплексный подход и участие нескольких специалистов. Этот момент необходимо учитывать: предусмотреть скидку на посещение другого специалиста по этому заболеванию, заранее предлагать чек-апы по сниженным ценам.

Главная особенность интернет-маркетинга в медицине – большой процент агрегаторов в поисковой выдаче: их около 30% в топ-30 «Яндекса» и 20% в Google. Доля увеличивается, если к запросу добавлены «цена», привязки к геолокации («в Волгограде»), специализация («травматолог»). В поисковой выдаче и социальных сетях находится множество медицинских центров, которые конкурируют за пациентов. Это обуславливает разработку новых способов для привлечения внимания аудитории и получения высокого трафика. Например, выезды врача на дом или проведение онлайн-вебинаров или выезд для забора материалов для анализов.

Составление диджитал-стратегии позволяет эффективно продвигать клинику и определяет механизмы для достижения поставленных целей, а также позволит снизить стоимость привлечения клиента [3]. Диджитал-стратегия должна учитывать все этапы пути целевого пользователя и выбирать инструменты, позволяющие охватить самые трафиковые из них. Чем больше целевая аудитория будет знать о компании, тем больше обращений можно получить. Одна из задач при формировании диджитал-стратегии – понять, как именно пациент будет искать услуги Клиники. Например, потенциальный пациент планирует через пару месяцев пройти обучение в автошколе, и ему нужна будет

медицинская комиссия – если Клиника предоставляет ее, можно разместить рекламу на сайтах, рассказывающих об обучении в автошколе и экзаменах в ГИБДД. Или человек часто обращается к разным специалистам и интересуется всем, что связано со здоровьем – его внимание можно привлечь в социальных сетях, если делать экспертные публикации и др. Диджитал-стратегия помогает находить все пути и охватить их.

При составлении digital-стратегии для медицинской организации необходимо продумать этапы построения, которые включают сбор и анализ данных, формулировка целей, формулировка проблем и способов решения, выбор инструментов и определение ресурсов. Следующий этап – составление ключевых вопросов, которые должны соответствовать этапам. Так, на этапе выбор инструментов ключевыми вопросами могут быть «Какие инструменты продвижения используют конкуренты?», «Какие инструменты позволят охватить целевую аудиторию максимально?» и другие. Инструменты представляют собой определенные механизмы, благодаря которым можно ответить на ключевые вопросы каждого этапа. К инструментам можно отнести: Аудит сайта; CRM-систему; экспертное мнение руководителя клиники; наблюдение; системы аналитики от «Яндекса» и Google; парсеры аудитории сообществ конкурентов в соцсетях, например: Peper.Ninja, SWOT-анализ и другие. Одним из важных вопросов при построении digital-стратегии является определение целевой аудитории, что позволит разработать конкретные инструменты для привлечения потенциальных пациентов.

Основной инструмент в медицинском интернет-маркетинге, позволяющий получать горячий органический трафик – тех, кто ищет конкретную услугу или хочет записаться на прием к специалисту – это SEO или поисковая оптимизация (англ. **search engine optimization, SEO**). Это ориентировано на тех пациентов, кто уже выбрал для себя необходимый способ диагностики или лечения и ищут клинику, в которой могут провести это. Бренду остается только показать преимущества и выделиться на фоне конкурентов, а поэтому важна детальная проработка посадочных страниц. Важно заниматься комплексным SEO: собирать семантику и оптимизировать страницы под запросы. Одновременно – размещать ссылки на сайт на релевантных площадках, в том числе на агрегаторах. Так им образом получится две точки взаимодействия с потенциальными клиентами, использующими поисковые

системы для быстрой записи на прием. SEO – долгосрочный способ продвижения: до первых результатов проходит минимум несколько месяцев, но он не поможет повлиять на охваты.

Следующий популярный способ – контекстная реклама. Лучший результат контекстная реклама даст в связке с тщательно проработанной посадочной страницей. Важно следить за тем, чтобы объявления вели на релевантные страницы, а на них были четко донесены преимущества медицинского центра. В контекстной рекламе можно использовать следующие запросы: Брендовые (название клиники); Название специализации, с привязкой к геолокации (травматолог на КИМ); Имена известных сотрудников (доктор Маланин); услуги, анализы, диагностические процедуры (МРТ позвоночника, тест на коронавирус) и болезни и симптомы (беспокоит головные боли, гастрит). Контекстная реклама требует постоянного финансирования, но приносит результаты намного быстрее SEO и позволяет регулировать поток обращений для всех услуг, продвижение которых разрешено. Она быстро повышает охваты и доносит информацию о клинике с помощью баннеров в рекламных сетях «Яндекса» и Google.

Контент-маркетинг – инструмент медицинского интернет-маркетинга, который может одновременно выполнять несколько задач. В первую очередь он привлекает органический трафик на сайт и позволяет таким образом коммуницировать с теми, кто не готов записаться на прием прямо сейчас, но ищет информацию о процедуре или болезни. С помощью понятных полезных статей о них бренд заявляет о себе потребителям, а те могут подсознательно запомнить компанию и в следующий раз выбрать ее, а не конкурентов. Контент-маркетинг эффективно формирует репутацию клиники. Люди начинают больше доверять бренду, если видят, что он помогает им хотя бы на уровне контента, а значит – повышается их лояльность.

Самое популярный механизм в интернет-маркетинге – это продвижение в социальных сетях. Такой способ имеет ряд особенностей: действует такая же жесткая политика рекламы, как в контексте: можно продвигать только несколько определенных процедур, предварительно предоставив все необходимые документы и непонятно, как работать с пользователями: одни посты с описанием услуг вряд ли сформируют лояльную аудиторию. Соцсети не подходят для работы с горячим спросом – клиники ищут

не в них, а в поисковых системах. В соцсетях нужен не рекламный подход: чтобы увеличить конверсию из случайного человека в подписчика, а из подписчика в клиента, нужно формировать репутацию. Давать полезные советы, объяснять сложное простым языком, рассказывать о врачах, их обучении, стажировках и уникальных методиках. Такой контент повысит вовлеченность, за ней вырастут органические охваты. При этом обычные посты с рекламой услуг должны чередоваться с публикациями о скидках или акциях, чтобы привлечь внимание пользователей, но следует помнить, что продающих постов должно быть не более 30 % от общей массы, иначе аудитория быстро выгорит и потеряет интерес.

Набор инструментов маркетинга в медицине не ограничивается четырьмя источниками трафика. Можно использовать крауд-маркетинг; формировать личный бренд специалистов и работать через него (например, через блоггинг); сделать свое приложение для онлайн-записи на приём и добавиться в агрегаторы.

Выводы. Медицина должна быть удобной для потребителя, поэтому важны цифровизация, оптимизация и комфортные пользовательские пути на сайте. На окончательный выбор клиента существенно влияет репутация клиники, а ее можно улучшить контент-маркетингом. Несмотря на сложности из-за законодательных ограничений, контекстная реклама может приносить неплохие результаты. SEO и контент-маркетинг – основные источники трафика, но в выдаче приходится конкурировать с крупными агрегаторами. SMM – не самый простой инструмент для медицинского маркетинга, его используют реже контекста и поисковой оптимизации, но он идеален для формирования репутации клиники и лояльности к ней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Полянская И. Л., Цветкова А. Б. Роль имиджевой коммуникации в формировании образа медицинского учреждения // Практический маркетинг. – 2012. – № 5. – С. 40–43.
2. Исследование компании ГидМаркет «По каким параметрам потребители выбирают платные клиники?» <https://marketing.rbc.ru/articles/11055/>
3. Челенков А. Маркетинг в экономике открытых инноваций // Маркетинг. – 2011. – № 5. – С. 3–24.
4. Грешнова Т. И. Разработка стратегии коммуникаций бренда в цифровой среде Бренд-менеджмент // Бренд-менеджмент. – 2013. – № 2. – С. 78–87.

УПРАВЛЕНИЕ БРЕНДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Манджиева Аюна Арсланговна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Тажибов Азиз Абдулвагабович¹*

Сегодняшнее здравоохранение как никогда ранее обусловлено выбором пациента. В условиях все более насыщенного рынка брендинг в сфере здравоохранения необходим любой медицинской компании, стремящейся увеличить число пациентов и развивать свой бизнес [1].

Брендинг в здравоохранении – это процесс формирования восприятия медицинской организации. Бренд медицинской компании – это не просто название, слоган, логотип или сообщение, это узнаваемое чувство, которое в совокупности вызывают данные элементы [2].

По мере того, как пациенты становятся потребителями с широкими возможностями, преимущества брендинга в сфере здравоохранения выросли настолько, что медицинские компании просто не могут позволить себе игнорировать их.

Исследование бренда включает как качественные исследования (в том числе такие, как анкетирование), так и количественные исследования (онлайн-опросы пациентов для подтверждения или опровержения гипотез, разработанных на этапе качественных исследований) [3].

Информация, полученная в результате исследования бренда, имеет решающее значение для оптимального позиционирования бренда в сфере здравоохранения, особенно на динамичных и непредсказуемых рынках, подобных тому, который возник в результате пандемии COVID-19 [4].

Трудно представить себе качество, более важное для успеха медицинской организации, чем доверие. Бренд медицинской организации зависит от того, насколько ему доверяют те, кого он обслуживает [5].

Когда речь идет о брендинге, доверие передается через все – от визуальной идентичности до сообщений. Цвета, фотографии, типографика – все это в значительной степени влияет на то, воспринимается ли бренд как заслуживающий доверия или нет.

Помимо визуальной идентичности бренда медицинского учреждения, его вербальная идентичность может в значительной степени способствовать формированию доверия к нему как к экспертному лидеру в сфере здравоохранения [6].

Как уже упоминалось ранее, в современном здравоохранении опыт пациента – это главное. И брендинг дает медицинским организациям целый ряд возможностей для мощного формирования опыта пациентов [7].

На этапе выбора пути пациента веб-сайт медицинского бренда может изменить или прервать опыт пациента перед лечением. Хорошо спроектированный, оптимизированный для конверсии сайт премиум-класса обеспечивает беспрепятственный онлайн-опыт для пациентов, желающих получить ответ на вопрос или записаться на прием.

Современные медицинские компании работают в условиях конкуренции, где повышается значимость брендинга. Пациенты становятся более информированными потребителями, а цифровые медицинские бренды переопределяют рынок [8].

Брендинг в здравоохранении необходим, если медицинские компании стремятся занять лидирующие позиции на рынке труда и установить значимые, длительные отношения со своими пациентами.

Позиционирование, идентичность, опыт работы с клиентами – все это представляет собой мощную область, в которой медицинские бренды способны эффективнее соответствовать потребностям своих пациентов и выделяться на фоне конкурентов [9].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Elrod J. K., Fortenberry J. L. Jr. Driving brand equity in health services organizations: the need for an expanded view of branding // BMC Health Serv Res. – 2018. – № 18. – P. 924.
2. Purcarea V. L. The impact of marketing strategies in healthcare systems // J Med Life. – 2019. – № 12. – P. 93–96.
3. Ackovska A., Grozdanova A., Sterjev Z., Tonic R., Netkovska K. The role of branding in the healthcare system with special review to healthcare institutions // Knowledge International Journal. – 2020. – № 41. – P. 489–501.
4. Khosravizadeh O., Vatankhah S., Baghian N., Shahsavari S., Ahadinezhad B. The branding process for healthcare centers: Operational strategies from consumer's identification to market development // International Journal of Healthcare Management. – 2021. – № 14. – P. 956–964.

5. Kemp E., Jilapalli R., Becerra E. Healthcare branding: developing emotionally based consumer brand relationships // *J Serv Market.* – 2014. – № 28. – P. 126–137.
6. Elrod J. K., Fortenberry J. L. Jr. Direct marketing in health and medicine: using direct mail, email marketing, and related communicative methods to engage patients // *BMC Health Serv Res.* – 2020. – № 20. – P. 822.
7. Shieh G. J., Wu S. L., Tsai C. F. A Strategic Imperative for Promoting Hospital Branding: Analysis of Outcome Indicators // *Interact J Med Res.* – 2020. – № 9. – P. 287.
8. Khosravizade, O., Vatankhah S., Maleki M. A systematic review of medical service branding: Essential approach to hospital sector // *Ann Trop Med Public Health.* – 2017. – № 10. – P. 1137–1146.
9. Evans D. W., Blitstein J., Vallone D., Pos S., Nielsen W. Systematic review of health branding: growth of a promising practice // *Translational Behavioral Medicine.* – 2014. – № 5. – P. 24–36.

**К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ МАРКЕТИНГЕ
В ПРОВИНЦИАЛЬНОМ ГОРОДЕ
(ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ВОРОНЕЖЦЕВ)**

Масалова Ольга Олеговна, Юрченко Анастасия Сергеевна

*Россия, Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко*

*Научный руководитель: кандидат исторических наук,
доцент Жиброва Татьяна Валерьевна*

Пренебрегать маркетингом в условиях современного мира – то же самое, что общаться без средств коммуникации. Он охватывает все области нынешнего рынка: от продажи товаров до оказания услуг, в том числе медицинских. Медицина на данном этапе – давно уже не закрытая область, а область, где пациентам открываются все новые и новые возможности, о которых стоит своевременно сообщать населению. Средства таких продвижений могут быть абсолютно различными – от публикаций сведений о враче или услуге в Интернете до размещения рекламы клиник на городских стендах. Изучение тенденций современного медицинского маркетинга и моделей потребительского поведения – вектор, направленный на улучшение медицинской деятельности в целом.

Благодаря возможностям информационных технологий нам удалось провести исследование, целью которого являлось выявить современные тенденции медицинского маркетинга и основные модели потребительского поведения на примере жителей г. Воронежа и области. Исследование проводилось посредством анкетирования населения различных возрастных групп с помощью сервиса Google Форма. Каждому опрошенному предлагалось ответить на 6 вопросов с предложенным или самостоятельным вариантом ответа. Всего в опросе приняло участие 170 человек. Результаты показали, что абсолютное большинство опрошенных, 87.7%, используют Интернет как средство медицинского маркетинга – читают информацию о враче, изучают медицинские блоги, публикуют или ориентируются на отзывы других пользователей, однако 76% опрошенных признались, что больше доверяют мнению родных и близких в выборе врача, клиники, медицинских услуг. О чем говорят данные результаты?

Во-первых, об обилии медицинской информации, публикуемой в Интернете. В XXI веке существуют следующие основные тенденции медицинского маркетинга:

1. Мобильный маркетинг: адаптация медицинских сайтов под мобильную версию, создание приложений клиник, а также приложений для оценки собственного состояния здоровья.

2. Контент-маркетинг: для распространения информации клиники и специалисты чаще всего используют социальные сети и медицинские порталы. Такой комплексный подход позволяет обеспечить максимальный охват целевой аудитории.

3. Онлайн-запись, чаты и мессенджеры. Ввиду развития технологий и глубокого проникновения социальных сетей и мессенджеров в повседневную жизнь людей появляется всё больше желающих общаться с клиниками посредством сообщений – пациенты уже не так охотно звонят в медицинские учреждения. Количество онлайн-заявок и обращений в клиники за последний год выросло на 115% [1]. Наличие возможности записаться онлайн становится все более значимым фактором для выбора клиники. Для самого медицинского учреждения это позволяет снизить нагрузку на кол-центр.

4. Телемедицина – одно из самых перспективных направлений в развитии медицинского маркетинга. Она включает в себя: первичные консультации, онлайн-чекапы – консультации по результатам диагностических процедур для определения факторов риска по различным заболеваниям; дистанционное консультирование лечащим врачом [2].

5. Отзывы пользователей как средство управления репутацией медицинского учреждения. Ежегодно все больше пользователей стремятся поделиться своим мнением о специалисте, услуге [3].

В социальных сетях на данный момент отсутствует определённый контроль, способный установить злоумышленников, распространяющих неверную медицинскую информацию. Зачастую люди, не имеющие медицинского образования, публикуют сведения, вводящие население в заблуждение. Печально осознавать, что и специалисты с медицинским образованием способны распространять ложную информацию. Наше исследование показало, что люди не доверяют Интернет-источникам, больше опираются на личный опыт и опыт знакомых людей. Это наводит к мысли о том, что

система медицинского маркетинга должна быть более тщательно отрегулирована законом. Медицинский маркетинг в XXI веке должен обладать максимальной информативностью, доступностью, и, что самое главное – честностью [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Потребительское поведение в сфере платных медицинских услуг. Электронный ресурс. URL: https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Felar.urfu.ru%2Fbitstream%2F10995%2F32390%2F1%2Fklo_2015_238.pdf&cc_key= (дата обращения 19.10.2021)
2. Прохорова А. Ю., Жиброва Т. В. Здоровье общества в условиях самоизоляции // Здоровье населения и качество жизни, электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции. – 2021. – С. 90–96.
3. Потребительское поведение в сфере платных медицинских услуг. Электронный ресурс. URL: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/32390/1/klo_2015_238.pdf (дата обращения 19.10.2021)
4. Медицинский маркетинг. Электронный ресурс. URL: <https://dnative.ru/mirovoj-opyt-kak-otvechayut-blogery-za-reklamu-shtrafy-zakony-primery/> (дата обращения 19.10.2021)

**ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ
В МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ
НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ «ДИАЛАЙН»**
Меньшакова Мария Николаевна

*Россия, Волгоград, Волгоградский государственный
медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Аракелова Ирина Владимировна*

Здоровье человека является основополагающим фактором развития личности, показателем социального благосостояния, уровнем жизни страны. Именно поэтому в здравоохранение внедряются новые формы хозяйствования, основанные на рыночных отношениях, призванные с максимальной эффективностью обеспечить процесс восстановления и поддержания здоровья. Этому содействует ценностно ориентированный подход в здравоохранении, который позволяет оценивать результаты состояния здоровья пациентов с его же точки зрения, и ставит на первое место удовлетворённость пациента.

Одним из основных понятий рыночной экономики является маркетинг, то есть деятельность в сфере рынка товаров, услуг, ресурсов, осуществляемая в целях стимулирования сбыта конечного продукта организации, для лучшего удовлетворения потребностей потребителей.

Маркетинг в здравоохранении – это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского назначения) к потребителям, а также процессом их реализации. [1]

Для более четкого представления о маркетинге в медицинской сфере, рассмотрим сеть многопрофильных клиник «Диалайн». С точки зрения пациента-потребителя можно отследить, какие маркетинговые инструменты могут привлечь его именно в данную клинику.

Компания «Диалайн» представляет собой сеть многопрофильных клиник, которая имеет полный комплекс услуг по профилактике, диагностике и

лечению заболеваний и является лидером частной медицины Волгограда и Волгоградской области. [5]

Основной стратегией, используемой в многопрофильной клинике «Диалайн» является корпоративная. Она позволяет разработать миссию, бизнес-цель и ценности компании. Такая стратегия составляет стратегический план управления, описывающий методы и способы достижения целей.

При осуществлении политики маркетинга, организация учитывала возможности потребителя, возможности лечебного учреждения, конкуренцию, что в итоге привело к созданию качественных медицинских услуг и продвижению на рынке сбыта. [2]

Также «Диалайн» использует элементы социально-этической стратегии маркетингового продвижения. Она позволяет ведение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для отдельных специальных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, блокадников, одиноких, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями и др.) Также в коммерческой деятельности предприятия имеет место спонсорство, снижение цен, благотворительности. Благоприятный имидж медицинской организации, ее искренняя благотворительность создают психологическое доверие и, в конечном счете – медицинский и экономический эффект. [3]

Имея в команде таких партнеров, как «Сбербанк», «ВТБ24», «Лукойл», «Волгофарм», «Росгострах», «Омсктехуглерод» и др. «Диалайн» стремится расширить свой круг влияния, путем сотрудничества не только с медицинскими организациями, но и внедряясь в другие сферы деятельности.

За счет получения различных наград, клиника «Диалайн» добилась признания не только в регионе, но и по всей России. В конце 2019 г, аналитический центр Vademecum опубликовал рейтинг «ТОП100 частных многопрофильных клиник России», в котором сеть многопрофильных клиник заняла 8 место [6]. Рейтинг составлялся по таким характеристикам, как: выручка за год, динамика, количество точек и прозрачность.

В современном мире сложно представить организацию, которая не продвигала свои услуги на рынок. Медицинский маркетинг также ориентирован на продвижение своих услуг. Исходя из меняющихся условий, каждая клиника старается сделать потребителю выгодное предложение, которое

удовлетворило бы его потребности. Для этого используются различные методы, которые помогают узнать, чего хочет клиент. Это помогает сделать маркетинг медицинских услуг доступным для всех. [4]

Благодаря успешной коммуникации между партнерами организации и грамотного использования коммуникационных стратегий маркетинга, сеть клиник «Диалайн» сможет достигнуть не только конкурентного преимущества, но и повысить уровень предоставляемых услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Котлер Ф. Основы маркетинга. – 2018. – С. 23–30.
2. Савельев Д., Крюкова Е. 100+ хаков для интернет-маркетологов. Как получить трафик и конвертировать его в продажи. – 2018. – С. 73–95.
3. Гусарова О. М. Моделирование результатов бизнеса в менеджменте организации//Перспективы развития науки и образования. – Тамбов : Бизнес-Наука-Общество. – 2014. – С. 42–43.
4. Ефимова С. А. Маркетинговое планирование. – М. : Изд-во Альфа-Пресс. – 2018. – С. 122.
5. Официальный сайт клиники «Диалайн» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL.: <https://dialine.org/>
6. Сайт аналитики: URL.:<https://vademec.ru/analytics>

**СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА:
РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ
(НА ПРИМЕРЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)
*Мержоев Берс Тагирович¹, Грозенок Алина Владимировна²***

¹*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет*

²*Россия, Волгоградская областная клиническая больница №1*

*Научный руководитель: кандидат экономических наук
доцент Аракелова Ирина Владимировна*

Экспорт медицинских услуг в системе Российского здравоохранения является новым приоритетным направлением. Цель данного проекта- получение плановых медицинских услуг за пределами региона проживания.

Пациент сам выбирает страну, регион, врача и клинику, где ему могут предложить самое современное и своевременное обследование, лечение, с возможностью последующего сопровождения. [1]

В условиях глобальной экономической конкуренции феномен медицинского туризма заставляет медицину развиваться более быстрыми темпами.

В России экспорт медицинских услуг является одним из приоритетных направлений Национального проекта «Здравоохранения». В настоящее время Волгоградская область активно включена в процесс продвижения и реализации медицинского туризма.

20 государственных медицинских учреждений Волгоградской области, на сегодняшний день, являются активными участниками проекта "Развитие экспорта медицинских услуг Волгоградской области".

Характеризовать уровень состояния развития медицинского туризма Волгоградской области, по мнению автора статьи, возможно, основываясь на проведенный маркетинговый анализ (SWOT-анализ).

Медицинский туризм в Волгоградской области имеет ряд преимуществ и сильных сторон. В регионе работают профессионалы с большим опытом работы. Во всех государственных крупных клиниках региона есть собственные диагностические подразделения, что позволяют быстро и качественно делать большое количество исследований на месте. За последние несколько

лет стали создаваться отделы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, что позволяют круглосуточно проводить анализ качества оказания медицинской помощи в медицинском учреждении и в регионе в целом. Волгоградская медицина обладает высоким качеством составляющей медицинской услуги, а также имеет удобную транспортную доступность для пациентов, из стран СНГ, планирующих приехать на лечение.

Следует отметить, что есть и слабые стороны Волгоградского здравоохранения, которые напрямую влияют на оказание медицинской помощи в рамках экспорта медицинских услуг. В большинстве государственных медицинских учреждениях региона отсутствует комфортная инфраструктура (детские уголки, пансионаты). Часть потенциальных пациентов могут столкнуться с языковым барьером, так как большее количество персонала всех клиник региона не владеют иностранными языками (особенно дополнительными мало востребованными языками). Минусом медицинского туризма является плохой уровень взаимодействия с туристическим бизнесом региона. Редко пациенты получают возможность параллельно с лечением посетить достопримечательности Волгоградской области.

Для активного развития проекта по развитию экспорта медицинских услуг Волгоградские клиники имеют и используют свои возможности. В большем количестве клиник региона предоставляются многопрофильные комплексные медицинские услуги, что позволяют производить лечение коморбидных пациентов с тяжелой осложненной патологией. В регионе наблюдается расширение ассортимента предоставляемых услуг с внедрением инновационных, узкоспециализированных технологий и лекарственных средств, не имеющих аналогов в других регионах. Последние годы активно формируются сервисные зоны на базе государственных медицинских учреждений, с возможностью индивидуального сопровождения иногородних и иностранных пациентов, что влияет на уровень комфорта и имиджа медицинских учреждений и региона. Клиентоориентированность – является одной из важных черт при развитии экспорта медицинских услуг Волгоградской области. Для удобства проведения первичных консультаций используются дистанционные способы видеоконференций, что упрощает потенциальным пациентам возможность в решение вопросов, связанных с лечением и обследованием в регионе.

По большей части пациенты приезжают на лечение за собственные средства, исключением является иногородние пациенты, которые имеют направления определенного образца. Исходя из этого, следует учитывать экономические угрозы, которые могут повлиять на развитие уровня проекта в целом, а именно снижение уровня доходов у населения, особенно в условиях нынешнего экономического кризиса. В связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой возникает ужесточение законодательства на въезд иностранных пациентов на территорию региона. Появление более инновационных способов диагностики и лечения у конкурентов повлияют на поток пациентов. Ещё одним неблагоприятным фактором является возникновение дефицита врачебных кадров, в результате которого, по приоритетности направления помощь в первую очередь будет оказана экстренным пациентам и пациентам региона. [2]

В настоящее время в учреждениях здравоохранения Волгоградской области имеются возможности оказывать медицинские услуги высокого качества и с доступными ценами.

Проект по развития экспорта медицинских услуг – является приоритетным и востребованным. Для повышения эффективности работы проекта необходимо активно использовать возможности и сильные стороны.

Регулярный анализ угроз и слабых сторон позволит минимизировать риски и продуктивно развиваться медицинскому туризму региона. [3]

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. Мержоев Б. Т. Медицинский туризм: тенденции развития в России на примере Волгоградской области / V Международная научно-практическая конференция "Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI". – 2020. – № 5 (392). – С.335–338.
3. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задач развития Российской Федерации на период до 2024 года». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71937200/>

ИНСТРУМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО МАРКЕТИНГА В ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Морозова Елена Анатольевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат медицинских наук
Коваленко Надежда Викторовна*

Современные условия развития и ведения бизнеса свидетельствуют о том, что маркетинг определяет успех и продвижение компании на рынке, а также формирует взаимоотношения компании с внешней средой. Маркетинг оказывает влияние и на процесс управления медицинской стоматологической организацией.

Преуспевающие частные стоматологические учреждения концентрируют свое внимание не только на своем персонале, но и своих клиентах, в том числе потенциальных. Центром маркетинга стоматологических услуг становится пациент, которого всесторонне изучают еще до появления в стоматологической клинике, затем непосредственно в контактах с персоналом и после лечения.

Интерес для маркетологов представляют потребности пациента, его реальные и потенциальные жизненные ценности, предпочтения пациента, его запросы, требования, общее состояние здоровья и мнение о работе медицинского и обслуживающего персонала в целом. Эти знания ориентируют сотрудников стоматологической клиники на индивидуальный подход к своим клиентам [2].

Таким образом, маркетинг стоматологических услуг как форма управления позволяет создать благоприятные условия для повышения качества стоматологических услуг и привлечения пациентов в стоматологическую клинику.

Для того, чтобы маркетинг стоматологических услуг был максимально эффективен, можно предложить следующие маркетинговые инструменты, повышающие привлекательность стоматологической клиники для текущих пациентов и привлекающие новых пациентов в условиях высокой конкуренции:

1. Маркетинг в социальных сетях. Создание страниц ВКонтакте, Instagram, Facebook*, на которых будет размещаться информация о клинике, ценах и акциях вместе с обеспечением обратной связи с пользователями повысит престиж и узнаваемость клиники в целом.

2. Создание и ведение блога с полезной информацией в области стоматологии и с полезной информацией по уходу за полостью рта. Создав блог, можно писать на разные темы и делиться полезной информацией со своей аудиторией, привлекая ее внимание к клинике. Инфографика является также одним из эффективных вариантов контента для стоматологической практики, т.к. представляет информацию в графическом визуальном виде, что делает ее легкой для аудитории, чтобы понять и «переварить» информацию.

3. Размещение информации о клинике в Google Ads, 2GIS, где предусмотрена возможность на карте увидеть размещение клиники и возможность позвонить в клинику непосредственно из приложения.

4. Настройка контекстной рекламы в Яндекс.Директ, Google Ads и рекламы в социальных сетях. Данная реклама имеет высокую адресность. При этом возможности таргетинга позволяют связаться с людьми, которые ищут местного стоматолога, а, соответственно, приведут в клинику.

5. Реферальные бонусы, суть которых заключается в предоставлении скидок текущим клиентам за то, что они рекомендуют клинику и приводят новых клиентов [1].

6. Развитие пациентоориентированной культуры за счет улучшения внутренних коммуникаций и формирование адекватных ролевых моделей взаимодействия персонала клиники с пациентами.

6. Развитие персонала, в части формирования клиентоориентированности стоматологической клиники (развитие коммуникативных навыков, отработка навыков разрешения конфликтных ситуаций и отработка навыков работы с возражениями пациентов).

На практике, для формирования долгосрочной стратегии развития частной стоматологической клиники целесообразно использовать комплекс

* Предупреждение: Instagram и Facebook – соцсети, запрещенные в России с марта 2022 г.

маркетинговых инструментов, повышающих клиентоориентированность клиники и ее конкурентоспособность в целом.

Резюмируя вышесказанное, можно сказать, что маркетинг сегодня является одним из ключевых способов продвижения стоматологических услуг, который позволяет получить конкурентное преимущество, а также наладить более тесную связь со своими пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белобородова О. Г. Инструменты интернет-маркетинга на рынке медицинских услуг // Конкурентоспособность территорий. Материалы XXIII Всероссийского экономического форума молодых ученых и студентов. В 4-х частях. Отв. за выпуск Я. П. Силин, Е. Б. Дворядкина. – 2020. – С. 31–33.

2. Горячев Д. Н., Варламов С. В., Горячева Н. А. Роль маркетинга в управлении стоматологической медицинской организации // Современные проблемы социально-гуманитарных наук. – 2017. – № 1 (9). – С. 144–147.

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОММУНИКАЦИЯМ НА РЫНКЕ ЧАСТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Сафронова Юлия Станиславовна

*Россия, Волгоградский государственный университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Серова Ольга Федоровна*

Деятельность в сфере стоматологических услуг является одним из основных направлений в медицинском бизнесе, однако вопрос эффективности коммуникаций с потребителем, требующий максимизации индивидуального подхода, не потерял своей актуальности. На разработку программ коммуникаций в регионе влияют длительное принятие решения о приобретении услуги из-за высокой стоимости, необходимость дополнительного стимулирования потенциальных клиентов из-за долгосрочного процесса коммуникации и использование суббрендов сотрудников, которые имеют собственную репутацию, влияющую на клинику. Однако эти факторы не всегда учитываются, а коммуникационные кампании разрабатываются разрозненно, в отрыве от маркетинговых целей и задач.

Одним из путей решения данной проблемы является применение концепции интегрированного подхода к коммуникациям, сформулированную Д. Шульцом. Она предполагает совместное использование всех видов маркетинговых коммуникаций для достижения единой цели, что позволяет получить синергетический эффект от коммуникационных процессов [1]. Изначально под интегрированными маркетинговыми коммуникациями (ИМК) понимали взаимодействие между компанией и рекламным (PR) агентством, в настоящее время они представляют собой интегрированную и централизованную деятельность внутри организации [2].

Концепция интегрированных коммуникаций подразумевает проработку таких направлений маркетинговой деятельности, как целеполагание, стиль, идея; все маркетинговые коммуникации компании должны работать на одну и ту же цель, быть одного стиля как визуально, так и вербально, а также соответствовать одной главной идее. Отклонение хотя бы от одного параметра делает маркетинговые коммуникации деинтегрированными [3].

Интеграция коммуникаций и менеджмента позволяет обеспечить единообразие сообщений, а каналы и технология коммуникаций остается прежней. Для практической реализации интегрированного подхода необходима проработка вопроса о создании маркетинговой единицы в организационной структуре [4].

Реализация интегрированного подхода для частной стоматологической клиники предполагает прохождение следующих этапов:

- Оценка ситуации. На данном этапе необходимо произвести ряд исследований, направленных на изучение конкурентов, потребителей и факторы внешней и внутренней среды. Конкурентный анализ подразумевает оценку общего уровня внутриотраслевой конкуренции, позиционирования, цен и методов продвижения конкурентов. Анализ потребителей содержит в себе анализ потребностей и ожиданий, исследование восприятия клиента, контроль обслуживания, изучение ключевых потребителей. Для анализа потребителей подойдут такие метрики, как CSAT, NPS, CES, CSI. Еще необходимо провести анализ рынка (размер, ожидаемый рост, прибыльность), рыночного окружения (технологии, государственное регулирование, демографические тенденции), а также внутренних факторов, (объем продаж, рентабельность, финансовые ограничения, преимущества и недостатки).

- Постановка целей. Определив характеристики маркетингового положения, клиника должна поставить цели, которые могут быть связаны как с привлечением новых клиентов, удержанием существующих, так и с улучшением репутации клиники. Вся дальнейшая коммуникационная деятельность исходит из поставленных целей.

- Выбор целевой аудитории. Рынок частных стоматологических услуг следует разделить по ценовому признаку на два сегмента: основной (группа клиентов со средним достатком, которые используют услуги при необходимости) и «премиум» (группа, которую интересуют дорогостоящие услуги). Клиника может сосредоточиться на одном сегменте или охватить все.

- Выбор микс-медиа. Для маркетинговых коммуникаций на данном рынке наиболее эффективными средствами будут следующие: SMM и таргетированная реклама, веб-сайт в совокупности с SEOи SEM, размещение на специализированных порталах, наружная реклама, сотрудничество со СМИ.

- Разработка идеи маркетинговых сообщений. Все рекламные сообщения должны быть объединены общей идеей, которой может быть использование сотрудника клиники как рекламного лица, представляющего данную организацию. В рекламном сообщении эксперт сначала должен выделить проблему или потребность целевой аудитории в зависимости от сегмента и предложить услугу клиники, параллельно транслируя преимущества данной организации, которые могут выражаться в цене, акциях, ассортименте, квалификации специалистов, опыте, оборудовании, технологии, скорости. Использование образа эксперта повысит доверие аудитории к рекламному сообщению.

- Бюджетное планирование. Для стоматологической клиники оптимальным методом формирования бюджета является метод целей и задач. Для его осуществления необходимо определить количество покупателей, рассчитать необходимое количество осведомленных и проконтактировавших потребителей, а также оценить затраты на достижение этих задач.

- Реализация стратегии. Крупным игрокам на рынке стоматологических услуг следует использовать стратегию постоянного воздействия, которая предполагает непрерывную и равномерную коммуникационную деятельность. Клиникам, имеющим сравнительно меньшие бюджеты, необходимо использовать импульсную стратегию, при которой рекламные сообщения будут размещаться с интервалом отсутствия активности.

- Оценка эффективности. Оценивать эффективность проведенной кампании следует по экономическим показателям (прибыль, выручка, объёмы продаж, рентабельность, доля рынка) и коммуникационным показателям (охват целевой аудитории, количество целевых действий и посещений сайта, число подписчиков в социальных сетях, узнаваемость, отзывы).

Интегрированный подход, подразумевающий совместное использование всех видов маркетинговых коммуникаций для достижения единой цели способен решить проблему разрозненности коммуникаций на рынке частных стоматологических услуг. Реализация интегрированного подхода требует прохождения нескольких этапов, в результате которого компания сможет добиться улучшения как коммуникационных, так и экономических показателей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шульц Д., Барнс Б. Стратегические бренд-коммуникационные кампании // Маркетинговые коммуникации. – 2003. – N 5. – С. 35–44.
2. Макушева, О. Н. Тенденции развития интегрированных маркетинговых коммуникаций / О. Н. Макушева, Е. Б. Зинина. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2020. – № 6 (296). – С. 309–311. – URL: <https://moluch.ru/archive/296/66500/> (дата обращения: 20.10.2021).
3. Гринченко К. В., Ерохина Т. Б. Интегрированные маркетинговые коммуникации – уникальная коммуникационная технология XX века // Вестник РГЭУ РИНХ. – 2013. – № 4 (44). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/integrirrovannye-marketingovye-kommunikatsii-unikalnaya-kommunikatsionnaya-tehnologiya-xx-veka> (дата обращения: 20.10.2021).
4. Чубукова О. Ю., Марциновский В. В. Интегрированные маркетинговые коммуникации: Актуальные вопросы теории // Формирование рыночных отношений в Украине. – 2019. – №6 (217). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/integrirrovannye-marketingovye-kommunikatsii-aktualnye-voprosy-teorii> (дата обращения: 20.10.2021).

РАЗВИТИЕ ИНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГА В ПРОДВИЖЕНИИ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ

Сергеева Евгения Александровна

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

Маркетинг, в какой бы сфере он не осуществлялся, является, согласно Ф. Котлеру, видом человеческой деятельности, направленным на удовлетворение нужд и потребностей путем обмена. Последний есть предоставление чего-либо кому-либо с получением чего-либо взамен.

Субъектами рыночных отношений, в том числе обмена, на рынке санаторно-курортных услуг выступают: производитель и продавец медицинских товаров и услуг (санаторий, врач); покупатель (пациент, работодатель, государство); посредник – брокерские, дилерские компании.

В здравоохранении основными видами маркетинга являются маркетинг организаций, медицинских услуг, отдельных лиц, места, идей.

Маркетинг, или управление маркетингом в здравоохранении, как, впрочем, и в других сферах, проводится поэтапно и включает следующие основные этапы, последовательность которых образует алгоритм этой деятельности:

- ☒ Анализ рынка (анализ маркетинговой среды);
- ☒ Выбор целевого рынка и позиционирование на нем услуги;
- ☒ Разработка комплекса маркетинга;
- ☒ Осуществление маркетинговой деятельности (внедрение в практику маркетинговых мероприятий).

Согласно теории маркетинга, маркетинговые коммуникации, прежде всего, такие как реклама, PR, стимулирование продаж и др., составляют комплекс продвижения (promotion), или средства коммуникационной политики любой коммерческой организации, в том числе работающей на рынке медицинских услуг.

Маркетинговая стратегия современной организации должна включать элементы продвижения в сети интернет, а для продвижения санаторно-курортных услуг, это особенно актуально.

Город-курорт Пятигорск генерирует около 20% экономики санаторно-курортного комплекса региона КМВ в частности и Ставропольского края в целом. Санаторно-курортный комплекс города-курорта Пятигорска представлен 19 санаториями. Таким образом, санаторно-курортная организация, на рынке в г. Пятигорске и городах КМВ, имеет большое количество конкурентов. Одним из перспективных направлений развития маркетинговой деятельности в организациях санаторно-курортной сферы является интернет-маркетинг направленный на конкретного потребителя. Важно отметить, что интернет-маркетинг не должен существовать отдельно, а должен быть встроен в маркетинговую политику организации на равне с привычными способами ведения рекламы.

Для достижения максимального результата коммерческой деятельности санаторно-курортной организации необходимо использовать дополнительные инструменты интернет-маркетинга, таких как: сервис по совершенствованию и оптимизации сайта санаторно-курортной организации; использование сервисов SEOпродвижения (Searchengineoptimization); внедрение сервисов директ-рекламы; внедрение сервисов контент-маркетинга [1].

Использование специальных сервисов по совершенствованию и оптимизации сайта организации позволит сконцентрироваться на основных требованиях и являющимся основополагающими для успешной работы с клиентами, например, размещение видеообзоров с наиболее востребованными процедурами и услугами, подключение дополнительных сервисов общения склиентами, возможность отметки санаторно-курортной организации на картах «Google» и «Yandex», разработка адаптивных версий сайта для портативных устройств и др.

Внедрение сервисов SEO- продвижения (Search engine optimization) для санаторно-курортной организации позволит быстро осуществлять доступ к сайту через поисковые системы [4].

Если в поисковой системе «Google» вбить запрос: «санатории Пятигорск», то в первую очередь система выдаст сайты рекламы туристических агентов и сайты конкурентов с более развитой системой интернет – маркетинга.

Таким образом, SEOпродвижение позволит вывести сайт организации на первые места в поисковых системах, привлечь потребителей санаторно-курортных услуг без посредничества туристических организаций, создаст

положительный авторитет санаторию, т.к. существует стереотип, что сайты, находящиеся в «топе» поисковой системы имеют высокий рейтинг по посещаемости.

Наиболее распространенные и востребованные интернет сервисы по продвижению через поисковые системы «Яндекс. Директ» и «GoogleAdwords», они доступны по цене и имеют высокую посещаемость.

Еще один эффективный инструмент интернет-маркетинга – внедрение сервисов директ-рекламы санаторно-курортной организации. Как известно правильно размещенная реклама, является двигателем торговли, большинство потребителей санаторно-курортных услуг из других регионов основным инструментом поиска информации использует интернет.

Данный способ продвижения поможет не только привлечь широкую аудиторию интернет-пользователей заинтересованных именно в услугах определенной санаторно-курортной организации, но и даст возможность точно измерить эффективность рекламы в сети, благодаря статистики посещаемости сайта и перехода по рекламной ссылке.

В настоящее время для реализации данного мероприятия существует множество специализированных сервисов в сети интернет, такие как «Яндекс.Директ», однако по последним исследованиям большую популярность сейчас набирает реклама в социальных сетях, таких как «Instagram»*, «ВК» и др., при этом именно в соцсетях существует наибольшая вероятность найти потенциальных клиентов [2]. Данный инструмент продвижения в санаторно-курортных организациях города Пятигорска развит слабо или не представлен совсем.

Внедрение сервисов контент–маркетинга, еще одна эффективная технология для продвижения услуг санаторно-курортной организации, так как эта технология позволяет через распространение востребованного и полезного контента привлечь целевую аудиторию, при этом данная информация не будет являться прямой рекламой, но повлияет на принятие решения потребителя воспользоваться услугами санатория [1]. Например, для санаторно-курортной организации это может быть описание курорта, предлагаемых процедур или описание реабилитационных программ и их важности

* Предупреждение: Instagram – соцсеть, запрещенная в России с марта 2022 г.

после перенесенных заболеваний COVID-19, пневмония, ОРВИ. Также особенностью контент-маркетинга является возможность завоевать доверие потенциального потребителя [2, 3].

В совокупности данные мероприятия будут давать максимальный эффект по поиску и привлечению новых клиентов на интернет – ресурс и являются эффективными, способствующими улучшению экономических показателей деятельности санаторно-курортной организации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулинченко М. И. Методика распределенного контента как средство повышения эффективности продвижения товаров и услуг в сети интернет // Практический маркетинг. – 2018. – №10. – С. 16–23.
2. Информационные системы и технологии в маркетинге: монография / Рожков И. В. – Москва : Русайнс, 2014. – 196 с.
3. Фоминцева Е. О. Продвижение бренда в социальных медиа // Вестник магистратуры. – 2013. – № 9 (24). – С. 62–65.
4. Черемисин П. А. Современные инструменты интернет-маркетинга российских предприятий // Экономика и социум. – 2017. – № 7 (38). – С. 192–195.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОТРЕБИТЕЛЕМ БЕЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И АЛГОРИТМ ЕЁ РАЗРЕШЕНИЯ

***Соляникова Елизавета Андреевна,
Санджиева Александра Витальевна, Балычева Анна Романовна***

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение: Выбор лекарственных средств всегда являлся довольно сложной задачей для потребителя, не имеющего медицинского образования. А современная ситуация требует от каждого человека ответственного подхода к своему здоровью. Учитывая то, что фармацевтический рынок преимущественно ориентирован на прибыль, то это увеличивает вероятность приобретения некачественного, ненужного препарата человеком без медицинского образования, то следовало бы при возникновении недуга сначала обращаться за консультацией к врачу. Но чаще всего люди полагаются на себя и собственный опыт, в результате чего покупают ненужные им лекарственные средства и поэтому вредят своему здоровью. Это происходит из-за того, что именно лекарственные средства могут быстро принести видимый результат без лишней траты времени и денег, чего не скажешь о посещении врача, сдаче анализов и т.п. Умение находить качественные аналоги популярных лекарственных препаратов и при этом не попадать под влияние рекламы, а также уверенность при выборе медикаментов, в результате поможет избежать некачественного лечения, лишней траты денег и обеспечит здоровое самочувствие.

Цель и задачи: раскрыть роль рекламы в продаваемости препаратов, изучение дорогих лекарств и их аналогов, на основе опросов сделать выводы о поведении покупателей по отношению к дорогим и дешевым лекарственным средствам

Теоретическая часть: почему лекарства, схожие по составу, могут быть и дорогими и дешевыми? Лекарства бывают оригинальные и дженерические. Цена оригинального препарата складывается из стоимости разработки

лекарства учёными, исследований его эффективности, затрат на производство. Компании-производителю дженерика не нужно разрабатывать и тестировать препарат, нужно только закупиться уже готовым веществом. Преимущество более дорогих лекарств в степени очистки, в наличии дополнительных добавок, в отсутствии тех или иных побочных проявлений. Также в стоимость этих лекарств входит маркетинговая составляющая (надбавка аптеки, реклама).

Влияние рекламы на покупку дорогих средств, имеющих дешевые аналоги. Мы каждый день сталкиваемся с рекламой в повседневной жизни. Встретить ее можно везде: на улице, в интернете, на телевидении, в мобильных приложениях. И большую часть рекламных объявлений составляет продвижение лекарственных препаратов, что не может не отражаться на поведении потребителей. Очень часто средства приобретаются без прочтения состава, без консультации врача, лишь из-за воздействия рекламы.

Эффективными методами влияния на людей в рекламе являются:

- Использование лозунгов, которые акцентируют внимание на основных особенностях. Слова «быстро», «эффективно», «избавит», «поможет» показывают действенность средства и повышают вероятность его покупки.
- Привлечение авторитетных лиц. Этот метод основывается на доверии, которое внушают людям знаменитые актёры или блогеры. В пример можно привести рекламу средства «Тизин» с участием Антона Шастуна, рекламу «Гексорала», где снимался Филипп Киркоров.
- Подтверждение действенности препарата профессионалами. Например: ««Colgate»-выбор 9 из 10 стоматологов».

Таким образом, дорогие средства будут больше покупаться, так как люди узнают о них из рекламы, запоминают, а дешевые аналоги будут иметь спрос намного меньше из-за отсутствия их продвижения.

Практическая часть: В ходе подготовки научной работы был проведен опрос жителей Волгограда и Волгоградской области.

1. Знаете ли вы про существование дешевых аналоговых препаратов у покупаемых вами лекарственных средств? 86% людей при покупке лекарства знают о существовании его аналога.

2. Читаете ли вы состав лекарственных средств при их выборе? Людей, читающих состав препарата на 5 % больше, стоит задуматься 45 % людям и начать читать состав.

3. Вы покупаете строго то, что прописал врач или спрашиваете аналоги этого средства у знакомых и провизоров? Большинство людей покупают препараты, которые советует врач.

4. Вы покупаете лекарство из-за рекламы? Большинство людей приобретают лекарства не из-за рекламы.

5. Чем отличаются дешевые средства от дорогих? 34 % считают, что качеством 23 % считают, что составом 21% затрудняются ответить 22 % считают, что ничем не отличаются.

6. С учетом каких факторов Вы отдаёте предпочтение препарату? 97 % людей отдают предпочтение цене и качеству товара лишь малое количество популярности, упаковке и рекламе.

7. Пытаетесь ли вы найти аналоговую форму нужного Вам препарата? 46 % опрошенных людей не всегда ищут аналог 32 % стараются найти аналог 22 % не ищут аналог препарата.

8. Какое значение для Вас имеет цена препарата? Большинству людей цена препарата нейтральна. Для 35% людей цена имеет весомое значение.

9. Если провизор предложит Вам аналог нужного лекарства, меньший по стоимости, Вы приобретёте? 42 % опрошенных подумают 33 % приобретут 21% прочитают состав малое количество людей не будут приобретать.

10. Всегда ли стоимость лекарства оправдывает его эффективность? 65 % людей считают, что не всегда 29 % людей, что стоимость не оправдывает его эффективность меньшинство затрудняются ответить 3 % считают, что стоимость оправдывает эффективность.

Выводы: таким образом, учитывая статистику опроса, можно сделать вывод, что людям важно качество лекарственного препарата. Соответственно для того, чтобы фармацевты не пытались навязать пациентам импортные дорогие препараты (как способ повышения прибыли), необходимо повысить грамотность граждан в выборе медикаментов. Перечень качественных недорогостоящих препаратов – аналогов популярных лекарств – должен быть доступен во всех аптеках и размещен на видном месте. В результате чего любой потребитель, вне зависимости от наличия/отсутствия у него медицинского образования, сможет приобрести лекарственное средство, которое будет соотноситься в цене – качестве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <https://infourok.ru/nauchnoissledovatelskaya-rabota-dorogie-lekarstvennie-sredstva-i-deshevie-analogi-3221736.html>
2. <https://infourok.ru/vliyanie-reklami-lekarstvennih-preparatov-na-pokupatelskuyu-aktivnost-2921770.html>
3. <https://zdravcity.ru/blog-o-zdorovie/a-mozhno-takoe-zhe-no-deshevle-ili-5-glavnykh-voprosov-pro-dzheneriki/>
4. <https://fishki.net/40893-dorogie-lekarstva-i-ih-bolee-deshevye-analogi-50-foto.html>

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

Сушилина Наталья Александровна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение: Маркетинг в системе здравоохранения – это организация маркетинговых мероприятий, которые проводятся в сфере медицины с учетом ее специфики. Сущность маркетинга в медицине составляют действия, направленные на изучение спроса, организацию производства и продаж, то есть создание максимально подходящих условий для закрытия потребностей целевой аудитории в определенных видах медицинских товаров и оказании услуг.

Модель поведения потребителя – это упрощенная схема поведения отдельных групп покупателей – «кластеров».

Цель: Проанализировать маркетинг медицинских услуг, особенности, современные тенденции, модели потребительского поведения и выделить наилучшие способы продвижения в данное время.

Материалы и методы. Был проведен анализ научной литературы, посвященной данной теме.

Результаты и обсуждения: Одним из самых сложных видов маркетинга, имеющего социальное ориентирование, является маркетинг медицинских услуг. Это определяется тем, что медицинские услуги связаны с сохранением жизни и здоровья человека, а также с лимитированием бюджетных средств, что толкает на поиск внебюджетных источников финансирования. В связи с этим, на современном этапе приспособления отрасли к рыночной экономике, происходит повышение количества показателей платной медицинской помощи. Учитывая данную ситуацию, можно рассматривать маркетинг здравоохранения как концепцию общественного предпринимательства.

Особенности маркетинга в сфере медицины: приобретение товара или обращение за услугой медицинского характера всегда вынужденное; некоторые услуги и продукты имеют ряд противопоказаний, о которых необходимо

обязательно сообщать аудитории; учет требований законодательства по рекламе в сфере медицины; услуга здравоохранения имеет ценность и значимость всегда; необходимость ориентировать маркетинг на нужды населения; наличие множества факторов деятельности учреждения; учет промежуточных потребителей; низкая осведомленность конечных потребителей; большая степень ответственности и высокие требования к качеству предлагаемых услуг и товаров. Маркетинг в медицине можно оценить по способности организаций медицинских услуг вызывать спрос у населения и привлекать те категории, которые действительно нуждаются в них. Медицинская сфера в целом находится под влиянием распределительных систем. Еще одной особенностью является низкий уровень конкуренции среди поставщиков медицинских услуг.

В последние годы, возникла необходимость в совершенствовании маркетинговых исследований для медицинских организаций из-за

1) усиления значения научно-технического прогресса, вместе с ним возросло значение человеческого фактора, как наиболее мощного условия развития качества и количества предоставляемых услуг, повышения его эффективности;

2) реформирования экономической системы РФ, что привело к разрушению «твердых» связей с поставщиками и особенно с гарантированными потребителями медицинских услуг.

Одновременно произошло «относительное» насыщение рынка товарами и услугами и, как следствие, обострилась проблема их реализации при конкурентной борьбе. Это заставляет учреждения здравоохранения приспосабливаться к требованиям рынка, с одной стороны, и влиять на формирование таких требований, с другой.

Внутренний рынок медицинских услуг по конкуренции ослаб. В практике современного здравоохранения пациенты в основном посещают на протяжении всей жизни только одну и ту же медицинскую организацию, таким образом, лишая себя возможности выбрать лучшее медицинское учреждение. По причине территориальной привязанности пациентов к поликлинико-амбулаторным учреждениям рынок четко имеет разделение. Зачастую поликлиники всеми способами защищают свой сегмент не только от конкурентов, но и от «чужих» пациентов. В некоторых регионах РФ медицинские организации даже платные услуги оказывают исключительно клиентам, проживающим на принадлежащей им территории.

В современных условиях, одним из важных моментов, становится увеличение числа потребителей медицинских услуг, обращающихся в лечебно-профилактические учреждения. Это увеличивает объем медицинской помощи, оказываемый населению, и повышает доходы учреждений здравоохранения. Использование методов маркетингового управления направлено на привлечение потребителей медицинских услуг и оптимизацию работы медицинских организаций. Поэтому усовершенствование методов исследования рынка услуг и принятие своевременных оптимальных управленческих решений обеспечат повышение эффективности и результативности деятельности всей отрасли.

Основными инновационными маркетинговыми технологиями управления спросом являются: «брендинг», работа с «лидерами мнений», «кросс-маркетинг», «совершенствование методов сохранения лояльности пациентов», «система консалтинга», а также «перестройка системы сбыта».

Модель поведения потребителя. Платными медицинскими услугами пользуются люди, которым около 35–45 лет и старше 60 лет, а также такие социальные группы, как пенсионеры, специалисты, студенты, рабочие, руководители, предприниматели. Как показывает опыт, для различных групп потребителей существуют свои ценности при выборе платных медицинских услуг, которые включают профессионализм, стоимость, сервис, удобство расположения медицинской организации, скорость обслуживания, широкий спектр услуг. Наиболее высокий объем платных медицинских услуг получают люди трудоспособного возраста. Это связано с лучшим доходом, наличием дополнительного медицинского страхования (ДМС), гендерной активностью, в том числе связанную с деторождением.

Выводы: Проанализировав сферу маркетинга медицинских услуг, ее особенности, современные тенденции, модели потребительского поведения, можно сделать вывод о том, что успешный маркетинг этой сферы зависит от комплекса методов продвижения и выделить из них только один невозможно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колесник Валентина Илиодоровна. Маркетинг медицинских услуг как инструмент эффективной деятельности учреждений здравоохранения // научный вестник: финансы, банки, инвестиции. — 2020. — № 2 (51).

2. Габуева Л. А. Экономические основы российского здравоохранения. институциональная модель / Ид «дело» РАНХиГС, 2015. – 326 с.
3. Зенина, Л. А. Экономика и управление в здравоохранении / Издат. центр «Академия», 2016. – 205 с.
4. Пржедецкий Ю. И. Маркетинг организаций здравоохранения в условиях реализации национальных проектов / Государственное и муниципальное управление ученые записки скагс. – 2020. – № 1. – с. 92–96.
5. Фоменко В. В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения // Фундаментальные исследования. – 2016. – № 10-4. – с. 841–845.
6. Чертухина, О. Б. Роль социального маркетинга в профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни населения // Главврач. – 2016. – № 6. – с. 36–43.

ВЛИЯНИЕ МАРКЕТИНГА НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Черноусов Ярослав Олегович

Россия, Курский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доктор фармацевтических наук,

профессор Раздорская Инна Михайловна

Здравоохранение является крупной индустрией в рамках государственной экономики, включающей в себя как бюджетные учреждения, так и производителей медицинских услуг, оборудования, препаратов, частно-практикующих врачей и индивидуальных предпринимателей.

Большое разнообразие областей индустрии привело к формированию пяти основных направлений в медицине: сферы медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинской техники, медицинских технологий и научных идей. Каждая из отраслей сформировала свою маркетинговую систему, среди которых центральное место занимает маркетинг медицинских услуг. Обширная система взаимодействия между потребителем медицинских услуг и разнородными представителями индустрии неминуемо ведет к необходимости создания инфраструктуры, конечной целью которой является улучшение состояния здоровья пациента и повышение качества его жизни. Обязанность государства в обеспечении качественного уровня жизни населения привело к формированию государственной медицины, а свободные рыночные отношения породили коммерческую отрасль [1].

Частная медицина, несмотря на коммерческую ориентированность деятельности, подчиняется социальному маркетингу, что ведет как к обычному получению прибыли, так и улучшению благополучия общества. Государство в рамках обеспечения неплатежеспособного населения медицинской помощью позволило коммерческим организациям сфокусироваться на обеспечении медицинскими услугами более прибыльного сегмента рынка, что привело к отказу многих нуждающихся от платных услуг.

Государственная медицина, несмотря на отсутствие коммерческой направленности, в своей деятельности также сформировала маркетинговую систему. При этом маркетинг, в данном случае, направлен на создание положительного имиджа лечебного учреждения, повышение удовлетворенности

пациентов уровнем оказанных услуг. Увеличение доверия населения к государственной медицине способствует продвижению социальных программ по профилактике отдельных заболеваний. С формированием у людей понятия о необходимости регулярного скрининга своего здоровья и плановой госпитализации в случае необходимости, снижается экстренная нагрузка и тяжесть состояния пациентов в лечебных учреждениях [2, 3].

При этом на фоне достаточной информированности граждан о необходимости ухода за своим здоровьем и регулярного мониторинга своего физического состояния, возникла проблема, когда пациенты иждивенчески относятся к некоммерческой медицине. Модель поведения людей строится на их неосведомленности об объемах бесплатной медицинской помощи согласно обязательному медицинскому страхованию (ОМС), что перетекает в отказ от необходимых платных услуг или же требование об их оказании на безвозвратной основе.

Второй крупной проблемой маркетинга системы здравоохранения является частичное усвоение населением продвигаемых идей, когда пациенты обращаются в медицинские учреждения лишь для лечения уже развившихся заболеваний, игнорируя плановые осмотры. Данная ситуация возникает из-за перекладывания пациентом ответственности за свое самочувствие на государство, что, в конечном счете, перерастает в более серьезный ущерб как для здоровья человека, так и для бюджета.

В роли третьей проблемы маркетинга системы здравоохранения выступает отсутствие его влияния на пропаганду отказа от вредных для здоровья товаров. Грамотно составленная маркетинговая программа могла бы снизить потребление данной продукции среди населения и привлечь заинтересованные группы людей к просветительно-профилактическим мероприятиям.

В итоге можно сделать вывод, что в отрасли здравоохранения маркетинг принимает на себя задачу развития социального благополучия и здоровья населения, включая общую удовлетворенность и доверие пациентов к медицине. При этом здравоохранение сталкивается с проблемой непринятия гражданами своего здоровья, как экономической категории, что значительно снижает эффективность маркетинга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зенина, Л.А. Экономика и управление в здравоохранении / Л. А. Зенина. – М. : Издат. центр «Академия», 2016. – 205 с.
2. Сырцова Л. Е., Львова Д. П. Коммуникационный менеджмент и маркетинг в сфере общественного здравоохранения // Управление Здравоохранением. – 2015. – № 2. – С. 44–46.
3. Фоменко В. В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения / В. В. Фоменко // Фундаментальные исследования. – 2016. – № 10-4. – С. 841–845.

ЭКСПОРТ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ

Шардина Анастасия Вячеславовна

*Россия, ФГБОУ ВО Волгоградский государственный
медицинский университет Минздрава России
Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор Косинова Наталья Николаевна*

Экспорт медицинских услуг на территории России включает в себя медицинские услуги, которые получают иностранные граждане в медицинских организациях нашей страны на коммерческой основе. Одним из значимых событий в развитии данного направления в здравоохранении стал Федеральный проект "Развитие экспорта медицинских услуг" национального проекта "Здравоохранение", реализуемый на территории России с января 2019-го года [1]. Известно, что на сегодняшний день он занимает важное место на рынке отечественного здравоохранения и имеет наиболее устойчивый тренд развития. Уже 70 субъектов Российской Федерации являются участниками данного движения.

Актуальность данного проекта заключается в том, что с его помощью на территории Российской Федерации будут создавать и развиваться механизмы и условия, которые в дальнейшем обеспечат рост экспорта медицинских услуг и технологий, что в дальнейшем позволит создать дополнительные источники финансирования системы здравоохранения. Стоит отметить, что вместе с этим будет разрабатываться система для мониторинга статистических данных медицинских организаций и внедряться план мероприятий по повышению информированности иностранных граждан о предоставляемых медицинских опциях [5]. Для облегчения координации по реализации проекта будет создан центр по вопросам экспорта медицинских услуг. В результате, мы можем предсказывать, что благодаря подобным действиям имидж российского здравоохранения на международном рынке возрастет, что в дальнейшем лишь поможет привлечь дополнительные инвестиции [2].

Для развития российского экспорта медицинских услуг собираются обеспечить увеличение продолжительности деловых виз, которые будут приниматься организацией на срок, достаточный для окончания лечения пациента.

Также в федеральных государственных образовательных стандартах среднего образования в части включения вопросов для изучения иностранного языка в сфере здравоохранения будут вноситься изменения, что коснется и стандартов по изучению иностранных языков в общепрофессиональных и профессиональных компетенций во всех федеральных государственных образовательных стандартах высшего образования. Будет предоставляться финансовая поддержка медицинским организациям для компенсации расходов на сертификацию или аккредитацию по международным стандартам JCI. Информационная деятельность будет осуществляться акционерным обществом "Российский экспортный центр" для осведомления отечественных медицинских учреждений. Необходимым будет дать возможность для продвижения экспорта услуг телемедицины. Важным будет и осуществление планов по строительству и усовершенствованию нашей инфраструктуры [3].

В Волгоградской области тоже реализуется региональный проект «Развитие экспорта медицинских услуг Волгоградской области». Ориентирован он на повышение конкурентоспособности, а также на развитие внебюджетной деятельности государственных медицинских организаций. Принимают участие в проекте 20 медицинских организаций, предоставляющие услуги в сфере косметологии, ортопедии, репродуктивного здоровья, кардиохирургии, стоматологии и других сферах [6]

Рассматривая промежуточные результаты проделанной работы, мы можем говорить о положительной тенденции. Сравнивая показатели 2017 года и 2020 года, мы видим, что показатель, указывающий на увеличение объема экспорта медицинских, составил 196,97 миллионов долларов, а показатель, указывающий на число иностранных граждан, пролеченных в медицинских организациях РФ, составил 3969,15 тысяч человек. Можно отметить, что наибольшее число иностранных пациентов прибывает из таких стран как Латвия, Таджикистан, Украина, Германия, Казахстан, Белоруссия, Азербайджан, Узбекистан. [4].

Подводя итоги, мы можем сделать вывод, что экспорт медицинских услуг на территории России стремительно развивается благодаря федеральному проекту "Развитие экспорта медицинских услуг". Расширения и улучшение показателей прогнозируется на период вплоть до 2025 года до завершения рабочего плана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приложение к протоколу заседания проектного комитета по национальному проекту "Здравоохранение" от 14 декабря 2018 г. – № 3. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://dzhmao.admhmao.ru/upload/iblock/071/Pasport-Natsionalnyy-proekt-Zdravookhranenie-ot-14.12.18.pdf>
2. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. N 16. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://iktport.ru/documents/medical/zdrav.pdf>
3. Распоряжение Правительства РФ от 14.08.2019 N 1797-р (ред. от 13.05.2021) «Об утверждении Стратегии развития экспорта услуг до 2025 года». Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://sudact.ru/law/rasporiazhenie-pravitelstva-rf-ot-14082019-n-1797-r/>
4. Информация о ходе федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» 2020 год. <https://russiamedtravel.ru/project/>
5. Ter-Akopov G., Kosinova N., Knyazev S. Medical tourism industry in the Russian economy development В сборнике: Advances in economics, business and management research. Proceedings of the Volgograd State University International Scientific Conference "Competitive, Sustainable and Safe Development of the Regional Economy" (CSSDRE 2019). 2019. С. 550–554.
6. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг, дайджест апрель – август 2021. <https://niioz.ru/upload/iblock/c40/c407289f5b7daa328ac52fc28dde1915.pdf>

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ SIVA В МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА)

Князев Сергей Александрович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В современных экономических условиях возрастает роль стратегий интенсивного развития организаций и отраслей, связанная с увеличивающейся конкурентной борьбой за ограниченные ресурсы. Такое развитие возможно за счёт внедрения инноваций. Медицина является одним из «драйверов» инновационного развития экономики во многом из-за того, что инновации шестого технологического уклада сосредоточены в сфере NBICS-конвергенции. В нашей стране ещё не окончательно завершён переход от модели здравоохранения Семашко к современной страховой медицине. Поэтому инновационное развитие медицины в нашей стране можно рассматривать через призму не только продуктовых инноваций, но и инноваций процессных – связанных в первую очередь с управленческими нововведениями.

Для большинства фирм (и медицинские организации здесь далеко не исключение) остро стоит проблема общения с потребителем на одном языке. Поиск взаимопонимания в диалоге «заказчик-поставщик» отражается в эволюции маркетинговых моделей и подходов [9, с. 62; 6, с. 290]. Маркетинг развивался от традиционной модели диктата условий поставщиком через создание моделей маркетинговой политики (4P, 5P, 7P, 12 P) к по-настоящему клиентоориентированному маркетингу [5].

Предложенная в 1964 году Джерри Маккарти знаменитая модель 4P по-прежнему остаётся актуальной во многих сферах экономики, как в традиционных, так и в новых, зачастую возникающих на стыке традиционных отраслей, примером чему может служить медицинский туризм, соединяющий медицину и туризм [8]. Однако в этой модели, даже в её самой расширенной версии 12P, есть принципиально неустранимое ограничение – всё же это взгляд производителя, а не потребителя. Конечно, этот взгляд направлен на клиента в попытке

распознать его осознаваемые и глубинные потребности. Однако в фокусе внимания marketing-mix по-прежнему остаётся маркетинговая политика/стратегия фирмы, а не потребности клиента.

Попытку преодолеть принципиальную ограниченность подхода в моделях 4P-12P предприняли Чекитан Дев и Дон Шульц в 2005 году, разработав модель SIVA.

Её суть сводится в сопоставлении параметров традиционной модели 4P с нуждами потребителя. Так, вместо цены предлагается создаваемую ценность для покупателя, вместо размещения – лёгкость доступа к услугам, вместо продвижения – наличие нужной потребителю для принятия решения информации, а вместо продукта – решение проблемы клиента (табл. 1).

Таблица 1.

Сопоставление моделей 4P и SIVA

Модель 4P	Модель SIVA
<i>Product</i> (продукт). Что предлагает производитель?	<i>Solution</i> (решение). Какую проблему хочет решить клиент?
<i>Promotion</i> (продвижение). Как производитель распространяет информацию о себе?	<i>Information</i> (информация). Какая информация нужна потребителю для решения его проблемы?
<i>Price</i> (цена). По какой цене производитель продаёт продукт?	<i>Value</i> (ценность). Какие важные улучшения получает клиент в результате решения его проблемы?
<i>Place</i> (место). Где производитель продаёт свой продукт?	<i>Access</i> (доступ). Насколько легко клиенту получить доступ к решению своей проблемы?

Источник: составлено автором

Широко известен пример Германа Грефа, который в одном из отделений Сбербанка примерил на себя специальный тяжёлый «костюм», ограничивающий сенсорное восприятие по основным каналам (зрение, слух, осязание). Сделано это было для того, чтобы полноценно почувствовать себя в роли престарелого клиента Сбербанка, вжиться в эту роль. Модель SIVA выполняет функцию такого «костюма», позволяя принимать маркетинговые решения исходя из нужд потребителя, ставя их в центр внимания.

В сфере здравоохранения пациент находится в асимметричных по сравнению с поставщиком медицинских услуг условиях, так как в подавляющем большинстве случаев не обладает должным уровнем знаний для оценки реального качества медицинской помощи (если, конечно, сам

не обладает медицинским образованием). Однако сервисную составляющую медицинской услуги пациент, как правило, в состоянии оценить на основании своего клиентского опыта и сложившихся представлений о качестве обслуживания.

Рассмотрим возможности улучшения медицинской деятельности организаций сферы здравоохранения на примере прохождения процедуры медицинского осмотра. Автор статьи обратился в государственное учреждение здравоохранения за этой услугой. При прохождении медицинского осмотра был выявлен ряд объективных недостатков в сервисной составляющей медицинской услуги. По компоненту «Solution» недостатков не выявлено – учреждение предоставляет услугу, результатом которой становится получение необходимой справки утверждённой формы. Компонент «Information» реализован недостаточно хорошо из-за неосведомлённости сотрудников регистратуры о стоимости и порядке прохождения процедуры медосмотра. Решает эту проблему создание памятки для медицинских регистраторов. Компонент «Value» содержит в себе два отрицательных момента – во-первых, сотрудником учреждения было названо две разных цены (1600 и 1800 рублей), во-вторых, информация о времени прохождения медосмотра также не была представлена. Решает эти проблемы ознакомление сотрудников с прайс-листом учреждения и со средним временем прохождения медосмотров в поликлинике. Что касается компонента «Access», то здесь несколько недостатков:

- 1) долгое ожидание телефонного соединения с регистратурой;
- 2) при личном визите необходимость обойти три «окна» регистратуры;
- 3) необходимость проходить флюорографическое обследование в другой поликлинике из-за поломки оборудования;
- 4) значительное увеличение длительности прохождения медицинского осмотра из-за отсутствия организации преемственности от специалиста к специалисту.

Избежать этого можно с помощью чётких визуальных указателей внутри помещения поликлиники, организации преемственности при медосмотре, размещения структурированной информации на сайте учреждения, предварительного предупреждения пациентов о необходимости заранее пройти флюорографическое обследование.

Основные направления совершенствования услуги
по медицинскому осмотру на основе модели SIVA

Компонент модели SIVA	Выявленный недостаток	Возможный способ устранения
<i>Solution</i>	-	-
<i>Information</i>	Регистраторы либо вообще не называют, либо называют разные условия прохождения медосмотра	Структурирование информации о медосмотрах и ознакомление с ней медицинских регистраторов
<i>Value</i>	1) Были названы разные цены на одну и ту же услугу 2) Отсутствие информации о времени прохождения медосмотра	Ознакомление сотрудников с прайс-листом и средним временем прохождения медосмотра
<i>Access</i>	1) долгое ожидание телефонного соединения с регистратурой; 2) необходимость обойти три «окна» регистратуры; 3) необходимость проходить флюорографическое обследование в другой поликлинике; 4) длительное время прохождения медицинского осмотра	1) указатели внутри поликлиники, 2) размещения структурированной информации на сайте учреждения, 3) предупреждение пациентов о необходимости заранее пройти флюорографическое обследование 4) организация преемственности

Источник: составлено автором.

Таким образом, модель SIVA позволяет взглянуть на медицинскую услугу глазами пациента и устранить или предотвратить возможные недостатки в процессе оказания медицинских услуг. Применение этой модели возможно к разным видам услуг, например, телемедицинским [2; 7], к разным направлениям маркетинга, например, маркетингу территорий [10], к разным аспектам маркетинговой политики медицинской организации [4]. Среди предлагаемых в научной литературе новых аспектов маркетинга медицинских услуг [1] применение модели SIVA найдёт своё достойное место, позволяя принимать обоснованные маркетинговые решения в целях поддержания жизненного цикла платных медицинских услуг [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аракелова, И. В. Новые аспекты маркетинга медицинских услуг / И. В. Аракелова, И. В. Брамник // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции "Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века" : Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 14–15 ноября 2019 года. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 318–321.

2. Гусева, К. А. Основные тенденции цифровизации в развитии сферы здравоохранения России / К. А. Гусева, Н. Н. Косинова // Прикаспийский вестник медицины и фармации. – 2021. – Т. 2. – № 2. – С. 46-51. – DOI 10.17021/2021.2.2.46.51.

3. Князев, С. А. Маркетинговая парадигма стратегического управления жизненным циклом медицинской фирмы в контексте постмодернистской организационной теории / С. А. Князев, А. С. Мужиченко, О. А. Санникова // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века : Сборник материалов V Международной научно-практической конференции, Волгоград, 19–20 ноября 2020 года. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2021. – С. 24–27.

4. Князева, М. А. Бренд медицинского вуза: перспективы лингвистического анализа / М. А. Князева // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции "Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века" : Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 14–15 ноября 2019 года. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 346–349.

5. Кукина, Е. Н. Клиентоориентированность как составляющая современных рекреационных услуг / Е. Н. Кукина // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности : Научные материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пятигорск, 05–06 мая 2019 года / Под редакцией Н.Н. Седовой, Г.Ю. Щекина. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 78–89.

6. Меньшакова, М. Н. Маркетинг медицинских услуг: современные тенденции, модели потребительского поведения, карта эмпатии платного пациента / М. Н. Меньшакова, С. Е. Ситникова // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции "Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века" : Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 14–15 ноября 2019 года. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 290–293.

7. Орлова, А. П. Перспективы реализации телемедицинских услуг в Российской медицине / А. П. Орлова, И. В. Днепровская // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века : Сборник материалов V Международной научно-практической конференции, Волгоград, 19–20 ноября 2020 года. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2021. – С. 45–49.

8. Соболева, С. Ю. Особенности применения комплекса маркетинг-микс в развитии медицинского туризма / С. Ю. Соболева, А. В. Соболев // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века : Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 08–09 ноября 2018 года. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 200–201.

9. Толстяков, Р. Р. Эволюция формирования стратегического комплекса маркетинга / Р. Р. Толстяков, О. В. Макарова // Научный альманах. – 2017. – № 8-1(34). – С. 62–68. – DOI 10.17117/na.2017.08.01.062.

10. Institutional frameworks of place marketing in Russia: Barriers and new possibilities / Y. I. Dubova, V. V. Golikov, Z. V. Gornostaeva, V. Zhidkov // The Future of the Global Financial System: Downfall or Harmony. – Cham, Switzerland : Springer Nature, 2019. – P. 213–218. – DOI 10.1007/978-3-030-00102-5_22.

СЕКЦИЯ 8. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

SOCIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF HEALTHCARE MANAGEMENT

Deepika Muthuraman

*India, Russia, Volgograd State Medical University
Scientific supervisor: Candidate of Economics,
Associate Professor Svetlana Soboleva*

Introduction: Healthcare management or hospital management is the field relating to leadership, management, and administration of public health systems, health care systems, hospitals, and hospital networks in all the primary, secondary, and tertiary sectors. Health systems management ensures that specific outcomes are attained, that departments within a health facility are running smoothly, that the right people are in the right jobs, that people know what is expected of them, that resources are used efficiently and that all departments are working towards a common goal for mutual development and growth.

Sociological aspects: Health is a state of complete well-being: physical, mental, and emotional. This definition emphasizes the importance of being more than disease free, and recognizes that a healthy body depends upon a healthy environment and a stable mind. Medicine is the social institution that diagnoses, treats, and prevents disease. To accomplish these tasks, medicine depends upon most other sciences—including life and earth sciences, chemistry, physics, and engineering. Preventive medicine is a more recent approach to medicine, which emphasizes health habits that prevent disease, including eating a healthier diet, getting adequate exercise etc.

The sociology of health and illness studies the interaction between society and health. In particular, sociologists examine how social life impacts

morbidity and mortality rates and how morbidity and mortality rates impact society. This discipline also looks at health and illness in relation to social institutions such as the family, work, school, and religion as well as the causes of disease and illness, reasons for seeking particular types of care, and patient compliance and noncompliance. Health, or lack of health, was once merely attributed to biological or natural conditions.

Sociologists have demonstrated that the spread of diseases is heavily influenced by the socioeconomic status of individuals, ethnic traditions or beliefs, and other cultural factors. Where medical research might gather statistics on a disease, a sociological perspective of an illness would provide insight on what external factors caused the demographics that contracted the disease to become ill.

The sociology of health and illness requires a global approach of analysis because the influence of societal factors varies throughout the world. Diseases are examined and compared based on the traditional medicine, economics, religion, and culture that are specific to each region. For example, HIV/AIDS serves as a common basis of comparison among regions. While it is extremely problematic in certain areas, in others it has affected a relatively small percentage of the population. Sociological factors can help to explain why these discrepancies exist.

Psychological aspects: Health care is perhaps the most complicated of services. While most services in the business world are challenged by the diversity of clients and variability in their needs, health care must face this challenge with tremendous pressure from other factors. On the one hand, the stakes are extremely high, and the demand for excellence is unmatched by those placed on other service providers. On the other hand, the whole activity takes place not only in the tangible world of wards and beds, but also in the abstract world of psychological and sociological forces that guide all stakeholders, from those holding the scalpel to those holding the cheque book. some of the aspects are

Patient empowerment: The term “patient empowerment” has been described by the World Health Organization as “a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health”. Considering that health is a function of a multitude of variables and factors, this remains vague. For the purposes of this paper on clinical decision-making,

empowerment can be understood by its primary function: to uphold the values and principles underlying declarations of patients' rights.

Patient rights: In 1994, the WHO issued a declaration of patients' rights, and in 2002, the Active Citizen Network proposed a European Charter of Patients' Rights . The most pertinent ones related to the patient's role in clinical decision making are as follows:

Right to information, which includes personal as well as biomedical information, both of which should form the basis of any sound decision-making.

Right to free choice between different treatment options.

Treatment: The compliance of patients to the treatments prescribed is an often-discussed topic; it is unfortunately often very low. In the case of many infectious diseases, such as tuberculosis, patients are more prone to being non-compliant once they reach the asymptomatic stage, as they mistakenly equate well being with cure . While this non-compliance is brought about by poor education regarding the disease and its treatment timeline, it is made worse by the fact that patients may deny that they are sick or be overconfident regarding their health.

Patient decision aids: on the psychological front lines: For the most part, all these biases and psychological challenges to good health care decision-making and outcomes share two characteristics. Their genesis occurs outside the health care system, and they are information-based.

Conclusion: Taking into account all the mentioned details, we can make the conclusion that the hospital management system is the inevitable part of the lifecycle of the modern medical institution. It automates numerous daily operations and enables smooth interactions of the users. Implementation of hospital management system project helps to store all the kinds of records, provide coordination and user communication, implement policies, improve day-to-day operations, arrange the supply chain, manage financial and human resources, and market hospital services.

REFERENCE

ILLAN SHAHIN JOURNAL OF MEDICINE

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КОМБИНАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ФАКТОРОВ ВЛИЯНИЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Денисов Андрей Павлович

*Россия, г. Москва, «Российский экономический университет
имени Г. В. Плеханова»*

*Научный руководитель: доцент кафедры психологии,
кандидат педагогических наук Складнева Виктория Викторовна*

Актуальность исследования обусловлена тем, что эмоциональный интеллект сегодня – это новый, малоизученный, но все набирающий популярность элемент практической психологии. Этому способствует две причины: введение активного онлайн взаимодействия, которое приводит к нехватке «живого» общения, а, следовательно, к затруднению в выражении собственных эмоций и понимании других людей; насаждение культа рационального отношения к жизни (эталонном становится негибкая, стрессоустойчивая личность, способная преодолеть все преграды, однако природа человека не меняется, мы продолжаем испытывать эмоции, их социальную роль сложно переоценить).

Гипотеза: генетические и социокультурные факторы в равной степени оказывают влияние на формирование эмоционального интеллекта.

Цель: рассмотреть разные аспекты того, как генетические и социокультурные факторы влияют на формирование эмоционального интеллекта.

Задачи:

1) Рассмотреть составные элементы и понятия эмоционального интеллекта.

2) Выявить в рамках практической части исследования факторы формирования эмоционального интеллекта, обусловленные генетически заложеной информацией.

3) Опытным путем обозначить различные компоненты социокультурного влияния на эмоциональный интеллект личности.

Методология исследования:

- теоретические методы: сбор, анализ и обобщение методических материалов по особенностям формирования и проявления эмоционального интеллекта;

- эмпирические методы: проведение исследования на основании теста Айзенка и самоописания в малых социальных группах, позволяющее установить какие социокультурные и генетические факторы в наибольшей степени влияют на формирование эмоционального интеллекта.

Исходя из всего вышеизложенного, логично будет перейти к описанию самого психологического феномена «эмоционального интеллекта» и раскрыть те фундаментальные понятия, которые лежат в основе исследования.

Эмоциональный интеллект – это способность эффективно разбираться в эмоциональной сфере человеческой жизни: понимать эмоциональную подоплеку межличностных отношений, правильно контролировать и регулировать собственные эмоции, направлять их в нужное русло для решения конкретной задачи, связанной с мотивацией [1: с. 371]. Если говорить про настоящее время, то сейчас выделяют 4 основные составляющие эмоционального интеллекта: самосознание, самоконтроль, социальную чуткость, управление взаимоотношениями [2: с.30].

Таким образом, можно сделать вывод, что эмоциональный интеллект включает в себя множество аспектов, на формирование которых оказывает влияние как социокультурная среда, так и генетические факторы, обуславливающие развитость когнитивных функций, задатки эмоциональной восприимчивости и т.д. [3: с.44]

Среди ряда одноклассников, друзей и родственников (группа респондентов составила 60 человек) мною было проведено психологическое исследование с применением методики свободного самоописания. Она выступила своеобразным индикатором для определения уровня развития эмоционального интеллекта личности. Было выявлено, что практически у всех опрошиваемых с высоким уровнем эмоционального интеллекта наблюдается правополушарный тип мышления, который отвечает за чувственность, абстрактное и пространственное восприятие окружающего мира. Кроме того, в тех случаях, когда в эксперименте участвовали члены одной семьи, тип мышления у ребенка и родителей совпадал, что еще раз доказывает значимость генетического фактора в формировании компонентов, составляющих эмоциональный интеллект. Также был применен тест Айзенка. Соотнесение результатов двух методик показало, что люди с развитым эмоциональным интеллектом чаще всего относятся к сангвиникам, что предсказуемо,

ведь они обладают сильной, уравновешенной, но подвижной нервной системой, то есть способны одновременно хорошо контролировать собственную и оценивать чужую эмоциональную сферу, обладают развитыми социальными навыками.

Следовательно, можно сделать вывод, что генетические факторы имеют колоссальное значение для становления эмоционального интеллекта. Однако нельзя отрицать, что их проявление и формирование происходит именно в процессе социокультурного развития человека.

Методика самоописания показала, что те респонденты, которые предают большое значение семейным ценностям, обладают уверенностью в своей эмоциональной компетентности, чаще всего имеют хороший уровень эмоционального интеллекта. Кроме того, среди опрошенных семей степень развития самосознания ребенка и уровень образования старшего поколения также дали знать о себе с положительной стороны в сфере социального взаимодействия и эмоциональной раскрепощенности.

Таким образом, можно сделать вывод, что социокультурные факторы в значительной мере влияют на формирование эмоционального интеллекта личности. Например, среди респондентов-холериков были выявлены как участники исследования с низким уровнем эмпатии и высоким показателем агрессивности в стрессовых ситуациях, так и испытуемые, которые обладают должным уровнем самоконтроля и синтонии. То есть социокультурная среда в отдельных случаях сыграла даже большую роль в формировании эмоционального интеллекта, чем генетическая составляющая.

В заключение хотелось бы сказать, что в рамках исследования были рассмотрены различные аспекты влияния генетических и социокультурных факторов на формирование эмоционального интеллекта.

Таким образом, цель работы была осуществлена посредством выполнения ряда задач:

- 1) Выявления основополагающих понятий и характеристик эмоционального интеллекта.
- 2) Рассмотрения генетической составляющей формирования эмоционального интеллекта.
- 3) Обоснования значимости социокультурных факторов в развитии эмоционального интеллекта.

На основании всего вышеизложенного могу сделать вывод, что гипотеза исследования подтвердилась. Социокультурные и генетические факторы в равной степени влияют на усвоение и совершенствование основополагающих черт эмоционального интеллекта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гоулмен Д. Эмоциональный интеллект / Д. Гоулмен – М. : АСТ, 2008. – 371 с.
2. Воронецкий А. В., Ладан С. С., Моисеева О. А., Складнева В. В. Система научных коммуникаций в научно-исследовательских институтах. В сборнике: Наука – главный фактор инновационного прорыва в пищевой промышленности. Сборник материалов юбилейного форума, посвященного 85-летию со дня основания ФГАНУ "Научно-исследовательский институт хлебопекарной промышленности". – 2017. – С. 30–33.
3. Министерство образования и науки Российской Федерации Национальный исследовательский Томский государственный университет. «Геномика поведения: детское развитие и образование». Под редакцией С. Б. Малых, Ю. В. Ковас, Д. А. Гайсиной.

РОЛЬ ПОТРЕБНОСТЕЙ В СТРУКТУРЕ МОТИВАЦИИ

Казанков Юрий Владимирович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук,

доцент Соболева Светлана Юрьевна

Важной задачей управления является создание побуждающих стимулов для сотрудников, при которых они мотивированны работать так, чтобы способствовать достижению целей организации. В большинстве организаций данная задача осуществляется менеджерами. Менеджмент – это самостоятельный вид профессионально осуществляемой деятельности, направленной на достижение поставленных целей путем рационального использования материальных и трудовых ресурсов с применением принципов, функций и методов научного управления [1, с. 7]. Задачи менеджера определяются совокупностью его основных функций. Основными функциями управления являются: планирование, организация как техническое и организационное обеспечение, мотивация и стимулирование труда, контроль [2, с. 19].

Функции менеджера разнообразны, так как управленцы есть в каждой сфере деятельности: в здравоохранении, в спорте, в сельском хозяйстве, гос. управлении и т.п. В каждой отрасли для более быстрой, четкой и слаженной работы нужны управленцы. Менеджер определяет цели и задачи организации, несет ответственность за организацию, распределяет ресурсы, контролирует качество продукции, может выступать представителем предприятия, мотивирует сотрудников.

Рассмотрим функцию мотивации более подробно. Мотивация- это совокупность внутренних и внешних движущих сил, которые побуждают человека к деятельности, задают границы и формы деятельности и придают деятельности направленность на достижение определенных действий [3, с. 63]. Менеджеров всегда интересует и будет интересоваться, почему люди выполняют то или иное задание, делегированное другим человеком, что ими движет посвящать свое время на благо организации. Качество продукции, эффективность производства может страдать из-за плохой мотивации сотрудников. Путь к эффективному управлению персоналом предполагает понимание

природы мотивации. В настоящее время проблема мотивации личности особо актуальна. Создание продуманной мотивационной основы способно побудить сотрудников к эффективной деятельности. Неоспорима связь мотивации индивида с наличием у него потребностей, которые выступают стимулом для всех мотивационных процессов. Мотив – это психологическая или физиологическая нужда в чем-либо, управляющая поведением человека, определяющая его направленность. Стимул понимается как сильный побудительный фактор (внутренний или внешний), который вызывает реакцию и действие [4, с. 32].

В современном менеджменте существуют процессуальные и содержательные теории мотивации. К процессуальным теориям относятся: теория Портера-Лоулера, теория ожиданий В. Врума, теория справедливости С. Адамса. Указанные теории фокусируются на анализе распределения человеком своих усилий для достижения цели и выборе вида поведения. Таким образом, процессуальные теории ориентированы в основном на процесс достижения цели, а не на ее содержание. Следует отметить, что рассматриваемые теории не отрицают роль потребностей в мотивации человеческой деятельности, но их ориентир – условия удовлетворения потребностей: ожидаемое вознаграждение, справедливая оценка результата проделанной работы, хороший результат от проделанной работы и т.п. [5, с. 4].

К содержательным теориям мотивации относятся: теория иерархии потребностей Маслоу, двухфакторная модель мотивации Герцбега, трехфакторная модель Мак-Клелланда, Х-, У-теория Мак-Грегора, диспозиционная и аттитюдная модели (А. Г. Здравомыслов, В. А. Ядов, Г. В. Олпорт и др.), типологическая модель Герчикова, система сбалансированных показателей Рамперсада. Содержательные теории мотивации делают упор на потребностях человека как факторах, заложенных в основе мотивов его деятельности. Данные теории изучают, какие потребности являются мотиваторами для человека, рассматривается структура этих потребностей, их приоритетность. В основе теории лежит изучение целей, к которым стремится человек. Сильной стороной содержательных теорий является определение важной роли потребностей как фактора мотивации. Однако в реальной жизни удовлетворение потребностей редко происходит в соответствии со строгой иерархией и зависит от многих факторов (гендера, возраста, социального положения,

уровня дохода и т.п.). Содержательные теории зачастую не принимают во внимание данные факторы, и это является их слабой стороной [5, с. 2-3].

Рассмотрим подробнее систему иерархических потребностей А. Маслоу. Американский психолог выделил 5 иерархических уровней потребностей.

1. Физиологические потребности (еда, вода, сон и т.п.).
2. Потребности в безопасности (комфорт, чувство защищенности, ощущение стабильности и т.п.).
3. Социальные потребности (общение, любовь, взаимодействие с коллективом и т.п.).
4. Потребность в признании (уважение, признание заслуг, положительная оценка результата и т.п.).
5. Потребность в самовыражении и саморазвитии (реализация своих талантов, проявление индивидуальности и т.п.) [3, с. 36].

В рамках данной теории предполагается, что только при удовлетворении потребности нижележащего уровня возможен переход к потребности вышележащего. Физиологические потребности лежат в основании пирамиды и являются самыми фундаментальными: если они не удовлетворены, не может быть речи о других потребностях. Потребность в безопасности в развитом обществе может проявлять себя в виде стремления к постоянству, сопротивления переменам и т.п. Нужно упомянуть, что все человеческие рецепторы нацелены на поддержание безопасности. После того как человек чувствует себя защищенно, у него появляются социальные потребности. Он начинает общаться с коллегами, друзьями, устраивает свою личную жизнь, тем самым происходит преодоление отчуждения. Рассматривая потребность в признании, А. Маслоу выделяет два класса. Первый класс составляют потребности, связанные с достижениями, что приносит ощущение могущества, компетентности, уверенности. Второй класс составляют потребности в репутации или престиже, что связано с уважением окружающих. Потребность в самовыражении и саморазвитии предполагает реализацию потенциала человека и проявляется у всех по-разному. В соответствии с теорией А. Маслоу ощущение данной потребности возникает только после удовлетворения всех нижестоящих потребностей. Стоит отметить, что из данного правила могут быть исключения: например, в сфере креативности может быть такое, что индивид, пропустив удовлетворение потребностей низшего уровня, переходит к высшему

за счет проявления своего таланта и создает, таким образом, собственную иерархию потребностей [6, с. 133-134].

Сотрудник, чьи базовые потребности закрыты, более мотивирован работать и достигать результат. Для удовлетворения базовых потребностей должны быть обеспечены соответствующие условия, такие как свобода слова, выбора деятельности, свобода самовыражения, право на самозащиту, получение информации, справедливость, честность и порядок [7].

Заслуга А. Маслоу в том, что его концепция упорядочивает мотивы в иерархии ценностей, при этом учитывается их роль в развитии личности. Движущая сила мотивации состоит в невозможности окончательного достижения поставленных целей. Достигнув одну цель, человек начинает стремиться к новой, что всегда связано с необходимостью удовлетворять новые потребности [8, с. 450].

Теория иерархии потребностей А. Маслоу стала основой многих концепций мотивации труда. Согласно с его исследованием, если менеджеры будут уделять должное внимание удовлетворению базовых потребностей персонала, это впоследствии поспособствует росту производительности. Управленцу следует понять потребности сотрудника и обеспечить подходящую к этим потребностям мотивацию. В настоящее время теория А. Маслоу до сих пор находит свое применение в вопросах улучшения механизмов управления, анализа потребителей, при планировании структуры мотивации. Эффективная система мотивации позволяет удовлетворить потребности сотрудника и достичь целей организации. Мотивация – одна из самых важных функций управленца, ведь если она будет структурирована неправильно, то это негативно отразится на результатах работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Удалов Ф. Е. Основы менеджмента: Учебное пособие / Ф. Е. Удалов, О. Ф. Алёхина, О.С. Гапонова – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2013. – 363 с.
2. Исаев Р. А. Основы менеджмента: Учебник / Р. А. Исаев. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2010. – 264 с.
3. Соболева С. Ю. Теория менеджмента: учеб.-метод. пособие/ С. Ю. Соболева, Л. В. Объедкова. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. –132 с.
4. Савченко Т. В. Сущность теории мотивации Абрахама Хоральда Маслоу и ее практическое применение на российских предприятиях / Т. В. Савченко // Проблемы науки. – 2017. – № 3 (16). – С. 31–33.

5. Манютина Д. И. Мотивация персонала организации. Основные теории мотивации / Д. И. Манютина // Образование, наука, производство. – Белгород: Белгородский государственный технологический университет им. В.Г. Шухова, 2015. – С. 3916–3919.

6. Исабекова А. А. Иерархическая система потребностей в трудах А. Маслоу / А. А. Исабекова // «Молодой учёный». – 2015. – № 1.1 (81.1). Январь. – С. 133–134.

7. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу – СПб.: Евразия, 1999. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://psylib.org.ua/books/masla01/txt04.htm>.

8. Костенко Е. П., Михалкина, Е. В. История менеджмента. Учебное пособие / Е. П. Костенко, Е. В. Михалкина. – Ростов-на-Дону: Издательство Южного федерального университета, 2014. – 606 с.

**АНКЕТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ
УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ
РУКОВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**
Кравцова Екатерина Дмитриевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат политических наук,
доцент Коваленко Надежда Викторовна*

Изменения, происходящие в современном отечественном здравоохранении в настоящее время, реализация приоритетных направлений государственной политики в этой сфере, во многом зависят от профессионализма руководителей медицинских учреждений, от высокого качества их управленческих компетенций. Однако во многих учреждениях здравоохранения сохраняется пока практика назначения руководителями опытных и знающих врачей, которые имеют хорошую профессиональную подготовку, но не имеют достаточных знаний в сфере управления и сформированных управленческих компетенций.

Управленческие компетенции руководителя учреждения здравоохранения – это его готовность и способность применять различные знания в сфере управления, личные способности и качества в практике руководства лечебным учреждением [1]. Управленческие компетенции включают личностные, профессиональные качества и навыки, модели поведения. Руководитель медицинского учреждения, который способен и умеет отдавать распоряжения, решать конфликтные ситуации, работать в команде, делегировать полномочия и мотивировать сотрудников, достигает поставленных целей в короткие сроки. Его организационно-управленческие способности позволяют соотносить разрозненную информацию, находить решения даже в сложных ситуациях.

Управленческие компетенции определяются такими навыками и умениями, как разработка эффективных решений. формулирование задач. планирование этапов и организация процессов выполнения работы. проведение переговоров. организация встреч и презентаций. взаимодействие со всеми структурами организации. способность мотивировать и ориентировать своих сотрудников на достижение поставленных целей.

Управленческие компетенции зависят от ресурсов руководителя медицинского учреждения. К психологическим аспектам относятся качества, которые присущи определенной личности, используются автоматически. В технологические ресурсы входят методики, приемы управления, которые управленец использует осознанно. В целом ресурсы руководителя зависят от многого – его уровня интеллекта, харизмы и лидерского потенциала, от навыков делегирования полномочий, способностей управлять, планировать и распределять время, от его коммуникативного стиля и применения коммуникативных технологий, приемов влияния и т.п.

Чтобы понять, насколько успешно руководитель работает с подчиненными, важно оценивать его результаты [1]. В настоящее время довольно часто для оценки используют метод анкетирования. С помощью анкетирования можно получить информацию, не всегда отраженную в документальных источниках или доступную прямому наблюдению. Данным методом пользуются, когда единственным источником информации является человек – непосредственный участник, представитель, носитель исследуемых явлений или процесса.

Анкетирование – один из видов опросного метода в социологии, когда общение социолога (исследователя) с респондентом проходит опосредованно через самостоятельное заполнение респондентом предложенной ему анкеты. Результаты получаются на основе обобщения и анализа ответов респондентов по определенным формам. Круг вопросов анкеты строго не регламентирован, следовательно, есть возможность получить ответы на широкий спектр вопросов.

Важной особенностью анкетирования можно назвать его анонимность (личность респондента зачастую не регистрируется, фиксируются лишь его ответы), что позволяет получить более точную информацию. Это важно, когда оцениваются отношения в трудовом коллективе или деятельность вышестоящего руководителя. Поэтому именно анкетирование часто используют в кадровом менеджменте, изучении конфликтов и т.п.

При проведении социологических исследований анкетирование, как правило, используется как метод диагностики, позволяющий определить или исходный, или текущий (в дальнейшем мониторинге) уровень развития управленческих компетенций.

Как показывает опыт, анкетирование работников медицинского учреждения может быть надежным индикатором оценки управленческих компетенций руководства, так как сотрудники, взаимодействуя ежедневно друг с другом, имеют полноценное видение ситуации и адекватно оценивают ситуацию в коллективе. При грамотной разработке анкеты можно достаточно точно выявить профессиональные качества руководителя, определить степень его влияния на психологический климат в коллективе, получить данные о мотивации и выявить потенциал трудового коллектива. Эти данные, наряду с другими источниками информации, могут стать надежной основой формирования и реализации стратегии развития медицинской организации, использоваться самими руководителями при применении ими социально-психологических методов управления коллективом [2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богдан Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения // Молодой ученый. – 2012. – № 5. – С. 2-4
2. Хелимская И. В. Значение анкетирования в современных медицинских исследованиях // Молодой ученый. – 2009. – С. 1-2

АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Лебедева Инна Сергеевна

Россия, Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет

На сегодняшний день в отечественном здравоохранении остается актуальной проблема дефицита и дисбаланса медицинских кадров. Недостаточный приток молодых специалистов и низкая привлекательность работы, выявленная во многих исследованиях (в том числе ставших основой методических рекомендаций) показывают неблагоприятные перспективы. Многие выпускники медицинских вузов не хотят работать или собираются уходить из системы (11%), планируют уезжать из страны (9%), половина планирующих продолжить обучение за границей надеется остаться там (22%), при этом высок риск текучести уже работающих кадров (только 15% довольны своей работой и материально, и морально, 17% планировали сменить место работы, 45% не желают, чтобы их дети работали в медицине). [1]

В этих условиях необходимо сделать работу в отрасли более привлекательной для молодых специалистов и показать перспективы уже работающим. Начало трудовой деятельности предполагает юридическое оформление трудовых отношений. Обязательной частью которого является определение круга обязанностей (составление и подписание должностной инструкции) и размера вознаграждения за труд. [2]

С точки зрения менеджмента наиболее действенным способом удержания работающих специалистов и привлечения новых сотрудников является организация мотивирующих условий труда. Первоначальным желаемым результатом трудовой деятельности является денежное вознаграждение в виде заработной платы. И если он не достигается, то мотивация снижается. Соотношение полученного вознаграждения и собственных затраченных усилий в сравнении с вознаграждением коллег за аналогичную работу приводит к психологическому и даже физиологическому дискомфорту. Отсюда и стремление уходить в частные клиники. Если у работника заработной платы будет хватать только для обеспечения себя и членов своей семьи необходимыми продуктами питания и минимальными социально-бытовыми условиями, то вряд ли он будет заинтересован в удовлетворении социальных потребностей

(врач, получающий заработную плату на уровне средней по стране). Однако, если мы будем рассматривать повышение квалификации, компетентности, репутации не просто как удовлетворение высших потребностей, а как способ улучшить свое материальное положение, то получим обратную связь: чем выше квалификация, тем больше доход, тем больше возможностей для самореализации, самосовершенствования и т.д.

По данным аналитиков сейчас отмечаются существенные различия в заработной плате медицинских работников, выполняющих одинаковые функции, не только по регионам, но и по медицинским учреждениям одного субъекта в виду того, что полномочия по установлению систем оплаты труда были переданы в регионы, а затем почти в 40 из них руководителям учреждений. После анализа данных о зарплате более 2 млн. специалистов и выявлении регионов с наибольшими разбросами Правительством РФ было принято решение о модернизации системы оплаты труда медицинских работников.

С 1 июня 2021 года действует Постановление Правительства РФ № 847 «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения». Его планируется начать в 440 государственных медицинских организациях 7-ми субъектов РФ: в Республике Саха (Якутия), Белгородской, Курганской, Омской, Оренбургской, Тамбовской областях и городе Севастополе. После проведения проекта наиболее успешную практику планируется распространить на все регионы страны. Формирование оклада будет включать три компонента: расчетную величину (13617 руб.), коэффициент сложности выполняемой работы по должностям и коэффициент региональной экономической дифференциации. Эта мера обеспечит достойный уровень заработной платы при нормальной нагрузке на медицинских работников.

С ноября 2020 г. в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30 октября 2020 г. №1762 осуществляется поддержка медицинских работников, занятых в диагностике и лечении COVID-19. Размер этих специальных ежемесячных социальных выплат определяется в зависимости от должности и характера работы в одну нормативную смену (1/5 продолжительности рабочего времени в неделю, установленной для соответствующей категории работника): врачам скорой помощи – 2430 руб., среднему медперсоналу скорой помощи – 1215 руб., младшему медперсоналу скорой помощи – 950 руб., фельдшерам по приему вызовов скорой помощи – 600 руб., водителям машин

выездных бригад скорой помощи – 1215 руб.; врачам стационаров – 3880 руб., среднему медперсоналу стационаров 2430 руб., младшему медперсоналу стационаров – 1215 руб.; врачам амбулаторных учреждений – 2430 руб., среднему медперсоналу – 1215 руб., младшему медперсоналу – 600 руб.; сотрудникам патологоанатомических бюро также предоставляются выплаты.

Мотивация предполагает не только наличие материальных, но и моральных стимулов. Сегодня врачи не чувствуют себя полностью в безопасности на рабочем месте. Нередки случаи нападения на медицинский персонал, выдвигаются не всегда обоснованные жалобы от пациентов. Одним из путей решения этого вопроса является внедрение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников, которая уже давно применяется во многих странах.

Председатель Комитета по здравоохранению и медицинской индустрии О. В. Рукодашный выступая на Круглом столе «Страхование ответственности врачей» отметил, что нередко ситуации, когда врачи, допустившие в своей работе ошибку, рассчитывали на поддержку работодателя. Однако, не каждая частная клиника выдержит нагрузку судебных тяжб. Сегодня многие страховые компании уже предлагают врачам персональные планы страхования и такой вид страховки становится все популярнее. При этом важно понимать, что необходима не только страховка профессиональных ошибок, но и страховка риска несчастных случаев, связанных с исполнением служебных обязанностей.

Шагом на этом пути стало принятие мер по предоставлению страховых гарантий в виде единовременной страховой выплаты, заболевшим и переболевшим COVID-19 врачам, среднему и младшему медперсоналу, водителям автомобилей скорой медицинской помощи, непосредственно работающим с пациентами, у которых подтверждено наличие (или есть подозрение) COVID-19 в соответствии с Указом Президента РФ № 313.

Вопросы кадровой политики сегодня являются приоритетными, и пути их решения должны опираться не только на статистическую аналитику, а учитывать теории и практики управления персоналом. Для сохранения благоприятных тенденций и полного устранения кадрового дефицита необходимо принимать во внимание социально-психологические методы мотивации. Особое место занимает материальное стимулирование, носящее не только экономический, но и социально-психологический характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические рекомендации по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения / Министерство здравоохранения Российской Федерации. Письмо от 9 апреля 2013 года № 16-5/10/2-2540. [Электронный ресурс.]– Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499061181>
2. Белашова В. В., Рощектаев С. А. Моральные и материальные виды стимулирования персонала // Инновационная наука. – 2017. – №4-2. – С. 179–181.

ПОЛИСУБЪЕКТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Шпилова Алина Сергеевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмент ВолгГМУ
кандидат экономических наук Кукина Елена Николаевна*

Для подробного анализа профессионального взаимодействия руководителя медицинской организации необходимо рассмотреть основные понятия. В данном случае основополагающим понятием является социальное взаимодействие – процесс обмена социальными действиями между двумя акторами и более [1]. В роли первого и неизменного актора выступает руководитель медицинской организации, далее участники взаимодействия (субъекты взаимодействия), которые варьируются в зависимости от ситуации. Данное высказывание формирует понятие полисубъектности профессионального взаимодействия руководителя медицинской организации, которое относительно разделяется на: прямопрофессиональное – взаимодействие с получателем медицинских услуг (пациентом); внутрипрофессиональное взаимодействие, в ходе которого происходит коммуникация между представителями одной профессии (внутри медицинской организации и между медицинскими организациями); межпрофессиональное взаимодействие, обозначающее коммуникацию между представителями различных профессий для достижения общей цели (демонстрируется в совместной работе руководителей медицинских, социальных, образовательных учреждений).

Профессиональная практика руководителя медицинской организации осуществляется с помощью вербального (использование знаковых систем, в первую очередь представленных языком, устная/письменная речь) и невербальных (акторы передают информацию и влияют друг на друга посредством жестов, мимики и т.д.) взаимодействия.

Основываясь на научных трудах социолога П. Сорокина выделим три типа социального взаимодействия руководителя [2]: 1) обмен идеями (представлениями, сведениями, убеждениями и т.д.). Например, выдвижение руководителем предложений в части функционирования/реорганизации

структурных единиц медицинской организации. 2) обмен волевыми импульсами, при котором люди согласуют свои действия для достижения общих целей. Подобное взаимодействие наблюдается в ходе распределения руководителем обязанностей специалистов с целью достижения определенных целей организации. 3) обмен чувствами, который минимизируется руководителем при исполнении своих должностных обязанностей, т.к. выраженная эмоциональная составляющая может негативно сказаться на объективности восприятия ситуации субъектами взаимодействия.

Процесс профессионального взаимодействия реализуется в ходе передачи вербальных и невербальных сообщений между субъектами по доступным каналам (напрямую – с помощью органов чувств или опосредовано – с помощью технических средств), предполагает обратную связь, что характеризует деятельность руководителя медицинской организации как преимущественно коммуникативную. Важно отметить, что руководитель в качестве коммуникатора реализует свою стратегию взаимодействия и межличностного общения [3].

Обратимся к уровням установок на взаимодействие, представителя психологической науки Е.Л. Доценко: доминирование, манипуляция, соперничество и партнерство. Наиболее эффективной коммуникативной установкой руководителя является партнерство, при котором проявляется отношение к субъекту взаимодействия, как к равному, чье мнение необходимо учитывать, но в это же время сохраняется собственная точка зрения, грамотно раскрываются цели своей деятельности. В таком варианте основополагающим является достижение согласия между руководителем и субъектом взаимодействия посредством переговоров, то есть итогом коммуникации будет некий договор, который устроит каждого участника. Поэтому возникает необходимость формирования у руководителей медицинских организаций коммуникативной грамотности, ведь данная сфера напрямую связана с живым взаимодействием между людьми, зачастую в рамках решения вопросов сохранения и поддержания основной ценности – здоровья человека, что предполагает наличие сложных этических, организационных, проблемных ситуаций.

Таким образом, профессиональное взаимодействие руководителя медицинской организацией характеризуется полисубъектностью, что определяется вербальной и невербальной коммуникацией с субъектами на различных

уровнях: прямопрофессиональном, внутривпрофессиональном, межпрофессиональном. В ходе процесса коммуникации с субъектами взаимодействия руководитель медицинской организации как правило осуществляет обмен идеями, обмен волевыми импульсами. При этом оптимальной установкой для руководителя медицинской организации представляется партнерство.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шунейко, А. А. Основы успешной коммуникации: Учебное пособие / А. А. Шунейко, И. А. Авдеенко. – М. : Флинта, 2016. – 192 с.;
2. Основы теории коммуникации. Пособие по изучению дисциплины. – М. : МГТУ ГА, 2016. – 154 с.;
3. Морозова Н. А. Управление коммуникациями в организации // Вестник ВГУ. Серия: Экономика и управление. – 2010. – № 2. – С. 173–181.

ПСИХОГЕНЕТИКА ГЕНИАЛЬНОСТИ ВЫДАЮЩИХСЯ ЛИЧНОСТЕЙ В ИССЛЕДОВАНИЯХ В. П. ЭФРОИМСОНА

Шкугаль Яна Александровна

*Россия, Москва, Российский экономический университет
им. Г. В. Плеханова*

*Научный руководитель: кандидат педагогических наук,
доцент Складнева Виктория Викторовна*

В. П. Эфроимсон, выдающийся отечественный генетик, отмечает «роковую обречённость гения» [4, с. 21]: гений не выбирает свою стезю, а следует ей фанатично, одержимо, трудолюбиво и в постоянном стремлении к совершенству. В творчестве гениального человека его стезя и направленность – детерминанта творческого процесса, то есть та область, в которой гениальный человек себя реализует [4].

Развитие гениев – общественная задача. Актуальность исследований психогенетики гениальности заключается в том, что такие исследования помогут изначально выявлять потенциально высокоталантливых людей, развивать их и создавать им такие социальные условия, такую развивающую среду, которая бы давала им возможность полной самоактуализации.

В. П. Эфроимсон определяет гения как личность, которая находится во власти определённой задачи и интереса. Гениальность в этом контексте – высочайшая способность к творчеству и одновременно пленение им. Личности гениев и их творческие направленности неисчерпаемо многообразны и находят точки приложения во любых сферах жизни человека [4].

Биологическое играет определяющую роль в появлении гениальности, социальное же делает возможным реализацию биологического потенциала. В. П. Эфроимсон разделяет «потенциальных гениев» от «развивающихся гениев», а последних – от «реализовавшихся гениев» [4]. Нельзя переоценить важность социальной среды в развитии гениев. В контексте гениальности самоактуализация – это процесс самосовершенствования, стремления личности к полноценному использованию своего таланта [2].

В основу данной статьи взяты многолетние исследования В. П. Эфроимсона, направленные на изучение психогенетики гениальности непосредственно реализовавшихся гениев [4].

Современные исследования психогенетики гениальности обнаруживают противоречивые результаты: генетические факторы могут представлять собой некие направляющие социального развития, что затрудняет разграничение биологического и социального в исследованиях гениальности человека [3].

В. П. Эфроимсон выделяет следующие группы наследственных факторов повышенной умственной активности человека:

1. Гиперурикемическая, или подагрическая, стимуляция умственной активности. Было выявлено, что характеристики интеллектуальной активности положительно коррелируют с уровнем мочевой кислоты. Примеры гениев гиперурикемической стимуляции: Александр Македонский, Христофор Колумб, Людвиг ван Бетховен, Алексей Петрович Ермолов и другие.

2. Циклотимия, гипоманиакальность (гипертимность). Маниакально-депрессивный психоз, или биполярное аффективное расстройство, а также циклотимия как мягкая форма маниакально-депрессивного психоза в высокой степени детерминированы наследственно. Высокоталантливые, гениальные циклотимики в периоды маниакального возбуждения обнаруживают взрыв творческих сил и высочайшую продуктивность. Однако и в состояниях глубокой депрессии гении циклотимического типа проявляют творческую работоспособность. Примеры гениев циклотимической стимуляции: Николай Васильевич Гоголь, Винсент Ван Гог, Зигмунд Фрейд и другие.

3. Гиперурикемия в сочетании с циклотимией. Примеры гиперурикемически-циклотимических гениев: Карл Линней, Иоганн Вольфганг Гёте, Александр Сергеевич Пушкин и другие.

4. Гормональные нарушения. Синдром Марфана – наследственное заболевание соединительной ткани. Синдром Марфана гуморально характеризуется высоким уровнем адреналина, что поддерживает у больных высокий как физический, так и психический статус. Примеры гениев, страдавших синдромом Марфана: Корней Иванович Чуковский, Шарль де Голль, и другие. Следующее гормональное нарушение в данной группе – Синдром Морриса – наследственно передающиеся врождённые эндокринные нарушения,

выражающиеся в несоответствии набора хромосом половому развитию индивида. Пример гения, страдавшего синдромом Морриса: Жанна д'Арк. Андрогены, то есть мужские половые гормоны, также выделяются как один из наследственных факторов гениальности. Высокий уровень андрогенов стимулирует физическую и психическую активность, энергичность. Примеры гениев с андрогенной стимуляцией: Аврора Дюдеван (Жорж Санд), Гай Юлий Цезарь и другие.

5. «Династическая гениальность»: высокоталантливые династии как результат наследственности и социальной преемственности. Примеры гениальных родов: династия Бэконов, династия Толстых-Пушкиных и другие.

6. Гигантолобость и высоколобость. В. П. Эфроимсон утверждает, что данная группа факторов выделена гипотетически и требует более глубокой научной проработки. Примерами гениев такого типа могут служить Николай Николаевич Миклухо-Маклай, Василий Васильевич Верещагин и другие.

В. П. Эфроимсон отмечает, что степень реализации исключительного таланта определяется социальной средой потенциального гения. Учёный называет следующие социальные факторы в развитии и воспитании гениев:

1. Условия развития: полноценное удовлетворение потребностей.

2. Учёт сензитивных периодов: детство, подростковый период [1; 4].

3. Импрессинг: воздействия среды. В. П. Эфроимсон подчёркивает важность оптимального импрессинга, то есть прививания ребёнку этических установок, моральных норм и т. п., которые помогут потенциальным гениям найти точку приложения своего таланта [5].

Далее приводим некоторые социальные феномены и механизмы, которые, по мнению В. П. Эфроимсона, затрудняют развитие гениальности: научно-техническая революция, снижающая роль творческого начала и повышающая значение стандартизации и автоматизации; консерватизм и стимуляция конформизма; бюрократизм [4].

Таким образом, существуют наследственные факторы повышенной умственной активности, однако от социальной среды, в которой будет расти потенциальный гений, зависит степень раскрытия личностью своего уникального творческого потенциала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гладуэлл М. Что видела собака : Про первопроходцев, гениев второго плана, поздние таланты, а также другие истории / Малкольм Гладуэлл ; пер. с англ. Е. Бакушевой. – М. : АЛЬПИНА ПАБЛИШЕР, 2013. – 575 с.
2. Ракитина О. В., Шкугаль Я. А. Особенности самоактуализации студентов, обучающихся по направлению «Психология» (очные и заочные формы обучения) / Ольга Вячеславовна Ракитина, Яна Александровна Шкугаль // Психологические и педагогические аспекты непрерывного образования : сборник статей тринадцатой национальной научно-практической конференции [18 февраля 2021 г.] / под науч. ред. М. В. Новикова. – Ярославль : РИО ЯГПУ, 2021. – С. 24-30.
3. Саймонтон, Д. К. Чек-лист гения : 9 парадоксов одаренности / Дин Кит Саймонтон ; пер. с англ. Е. Кротовой. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2021. – 256 с.
4. Эфроимсон, В. П. Генетика гениальности / Владимир Павлович Эфроимсон. – Москва : Издательство АСТ, 2019. – 480 с. – (Наука, идеи, ученые).
5. Эфроимсон, В. П. Генетика этики и эстетика [Текст] / В. П. Эфроимсон. – Москва : Тайдекс Ко, 2017. – 460 с. – (Устройство мира) (Библиотека журнала «Экология и жизнь»).

СЕКЦИЯ 9. ПАНДЕМИЯ COVID 2019: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

УДК 316.346.32-053.9

EFFECTS OF COVID-19 PANDEMIC FOR INDIAN ECONOMY

Ganesh Dhavan (Индия)

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра экономики и менеджмента
Научный руководитель: старший преподаватель
кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ С. Е. Ситникова*

The COVID-19 pandemic has had far-reaching economic consequences beyond the spread of the disease itself and efforts to quarantine it. As the SARS-CoV-2 virus has spread around the globe, concerns have shifted from supply-side manufacturing issues to decreased business in the services sector. Coupled with the crisis and silent treatment of the government, the COVID-19 has exposed and worsened existing inequalities in the Indian economy. The contraction of the economy would continue in the next 4 quarter and a recession is inevitable. [1] Everyone agrees that the Indian economy is heading for its full-year contraction. Millions of jobs have been lost permanently and have dampened consumption.

All the sectors have been adversely affected. Here are some examples.

Food and agriculture. Since agriculture is the backbone of the country and a part of the government announced essential category, the impact is likely to be low on both primary agricultural production and usage of agro-inputs. Several state governments have already allowed free movement of fruits, vegetables, milk etc.

Aviation and tourism. The contribution of the aviation sector and tourism to our GDP stands at about 2,4% and 9,2% respectively. The tourism sector served approximately 43 million people. Aviation and tourism were the first industries that were hit significantly by the pandemic.

Pharmaceuticals. The pharmaceutical industry has been on the rise since the start of the Covid-19 pandemic, especially in India, the largest producer of generic drugs globally. With a market size of \$55 billion during the beginning of 2020.

Oil and Gas. The Indian oil and gas industry is quite significant in the global context – it is the third-largest energy consumer only behind USA and China and contributes to 5,2% of the global oil demand. The complete lockdown across the country slowed down the demand of transport fuels (accounting for 2/3rd demand in oil and gas sector) as auto and industrial manufacturing declined and goods and passenger movement (both bulk and personal) fell.

Automobiles. The automobile sector is expected to remain under pressure in the near term due to the COVID-19 situation in India.

Impact on employment. The economic shutdown after March 2020 led to a major rise in unemployment. As against the norm of an unemployment rate of 2%-3%, India started routinely witnessing unemployment rates close to 6%-7% in the years leading up to COVID-19. The pandemic, of course, made matters considerably worse.

The Indian economy shrank by 7,3% in its last financial year. It has been among the world's major economies to be hit hardest by the pandemic.

V-shaped recovery is considered to be a sharp downturn which quickly bottoms out, followed by a sharp rebound. Looser pandemic curbs allowed for more economic activity compared to the country's first nationwide lockdown in 2020. Gross domestic product (GDP) grew by 20.1% for the April to June quarter compared to a year earlier. During the same period last year, India's economy shrank by 24%. [2]

In India up to 53% of businesses have specified a certain amount of impact of shutdowns caused due to coronavirus on operations, as per a FICCI survey in March. By 24 April the unemployment rate had increased nearly 19% within a month, reaching 26% unemployment across India, according to the «Centre for Monitoring Indian Economy». [3]

Government revenue has been severely affected with tax collection going down, and as a result the government has been trying to find ways of reducing its own costs.

The health crisis has been accompanied by an unprecedented economic crisis, where demand and supply have fallen autonomously and concurrently,

even as they depress each other in feedback loops. The intensity of this crisis was exacerbated by the fact that the Indian economy was slowing down over a decade prior to the pandemic. As a result, India's capacity to deal with the pandemic stood seriously diminished.

REFERENCES

1. <https://covid19.who.int>
2. India Covid: Economy sees record growth during deadly wave // <https://www.bbc.com/news/business-58390291>
3. Dr.Mohd Naseem Siddiqui. A research study of challenges for start -ups post COVID-19 pandemic before indian economy // Journal of Emerging Technologies and Innovative Research (JETIR). June 2021, Volume 8, Issue 6

NEW TASKS FOR ROBOTS IN MEDICAL HOSPITALS IN THE COVID-19 PANDEMIC

Kushal Dikkar (Индия)

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра экономики и менеджмента*

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

Digital health applies digital transformation to the healthcare field, incorporating software, hardware and services with which a healthcare provider would more effectively do the task in an easy and appropriate manner in less time with safety regards. The use of robots in the hospital in the COVID-19 pandemic situation will be great chance to take advantage of the new digital technologies into medicine. An electro-mechanical device which follows a set of instructions to carry out certain works can be used in hospitals for the caretaking of patients which are in quarantine or ICU sections. Everyone working person's in the hospital would be taught and should know taking control on robots . Given the transmission rate of the virus, the World Health Organization (WHO) recommended several strategies, such as physical distancing to prevent the transmission of COVID-19 However, some countries are now resuming economic activities, and compliance with bio-safety protocols is still necessary to prevent the spread of the virus In this context, to mitigate the effects of the COVID-19 pandemic, different public health measures have been adopted around the world with multiple impacts on the social, economic, and political sectors and the use of robots in medical hospitals will increase the prevention of spread of virus.

Use of robots in the wards of ICU and hospitals in the COVID-19 pandemic would enables healthcare professionals to assess new programs, look for areas of improvement within the healthcare sector With distant relation between patient and doctors which is necessary for restricting the spread of any contagious disease and provide a good caretaking service of patients with advance treatment. These robots were designed to complete tasks that humans had no desire to do themselves. The goal of introducing robots into hospitals is to free up our

time, and can also focus on other important things which are essential to attend and can't be able to attend due to lack of time. Use of robots will gradually reduce the amount of work and make it convenient for patients as well as doctors to maintain a healthy relationship with each other without spreading the contagious disease and by delegating unpleasant tasks to someone, that can do it for us in hospitals like cleaning and disinfecting the patient's room which have high chance of getting infected by any bacterial infection or virus which could be prevented by the use of robots in hospitals. Robots can be used not only in the operating room, but also in clinical settings to support health workers and enhance patient care. During the COVID-19 pandemic, hospitals and clinics should start to use robots for a much wider range of tasks to help reduce exposure to pathogens.

The application of robots as receptionists in healthcare environments requires careful consideration, given that interaction with potentially vulnerable individuals will be almost certain. these tasks should be performed in a way that is both acceptable and comfortable. It is fundamental to study the key social communication behaviours that a healthcare robot can display to patients and staff to establish rapport. Insight into these behaviours may be gained through the study of social communication behaviours in human social interactions, particularly interactions between medical receptionists and patients. In the context of healthcare, research has found that patients and family members feel it is important that healthcare providers display friendliness traits such as kindness, care, and helpfulness with the patient's and if they have any problem the doctor or any health workers should discuss the problem with patients the robots are for working purpose not for the discuss , so the discussion process should be carried out by the doctor or healthcare workers by themselves.

Use of robots in medical field enable providers to give more direct attention to patients. Also it pays attention to distance caretaking of doctors to their patients with appropriate safety methods , The robots and supply essential medicine and other necessary things to patients when they need and according to their different schedule times. Also a robot can be used for the disinfecting of places and devices which are infected or disinfecting patients rooms after their discharge within less time , and for cleaning purpose also. The use of robots in the medical sector would be a great transformation of medical

healthcare services and raise efficiency and safety levels and provide enhanced levels of service.

Overall, as a developer and easier working method and including safety measures, robotics are potentially applicable in hospital environments during the pandemic for: disinfection and sterilization of facilities and room of patients. Handling and delivery of drugs, food, and waste, of the patients which are in quarantine section and tested positive for COVID-19, telemedicine and remote assistance, as well as detection and identification of new cases if there is any patient in the hospital who have cold and fever and came to hospital for testing himself there is high chance if he test positive the number of people and the healthcare workers he came in contact with would get infected because of one person and the person who is testing him also can get infected if he is not following safety measures while testing . But this transmission of virus infection can be avoided by the use of robots if they are used for the identification of new cases and testing them. The implemented robot types commonly use ultraviolet (UV) lights, vaporization techniques, and vacuuming to guarantee disinfection or sterilization. This way, those devices show advantages in pathogen elimination and cleaning places, which could result in reduction of contagion risk.

If medical sectors want to improve the current standard of care, while also helping humans to do things that they may not have been able to do in the past, or do things quicker and with fewer errors the use of robots should be implemented or should be start in the medical hospitals. It is expected that a positive perception or attitude toward robotics and a high level of knowledge might promote better acceptability, adherence, and adoption of robots.

REFERENCES

1. :<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frobt.2021.612746/full>
2. Sitnikova S.E., Polusmakova N.S., Golovetsky N.Y. Model of Commercialization of University's Innovations based on AI // Advances in Intelligent Systems and Computing. – 2020. – T. 1100 AISC. – C. 404-410.

POSSIBLE EFFECTS OF CORONAVIRUS ON THE MENTAL HEALTH, ECONOMY AND SOCIAL ACTIVITY

Гучиан Мехрназ (Иран)

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

Communicable and non-communicable diseases, in addition to global effects, also disrupt regionally medical, social and economic issues. COVID-2019 pandemic is now recognized as the one of the most challenges and largest tragedy of the century after the Second World War. Covid-19 is also a worldwide emergency that poses a devastating threat to the characteristics of mental health, the economy and the society. Social isolation and quarantine have caused serious damage to social relations.

Due to quarantine, long-term unemployment, job losses, and declining household incomes have been created in many countries. Declining social relations and changing economic conditions can lead to serious crises in cities. Therefore, the development of management programs to reduce the damage seems to be a serious matter. Disruption in the supply chain or service and reduction in demand for buyers has led to a general decline in revenue, which has also led to a loss of export revenue. The prevalence of Covid-19 reduces the opportunity for small and medium entrepreneurs.

Financial institutions unrest, instability in the capital markets, a steady rise in the trade deficit, lack of confidence among domestic and foreign investors and reduce GDP growth in the country has economic consequences. Besides given that the end of this epidemic is still uncertain In these circumstances, it is important to understand the changing economic conditions resulting from the ubiquity of the epidemic and coping with new normal conditions. In addition to job insecurity in the labor market, lack of access to primary health care is a major challenge for vulnerable groups, which is likely to exacerbate these challenges. The current economic situation may seriously undermine the livelihoods of the poor. In addition to physical health, this disease also threatens the mental health of all people.

Due to the current emergency situation this disease can be predicted to cause some symptoms of psychological disorders in patients with Covid-19. In this regard, review the results of several studies conducted on patients with Covid-19 in China during the spread of the disease, a number of these psychological disorders, including anxiety, fear, depression, emotional changes, insomnia and post-traumatic stress disorder (PTSD) has been reported with a high prevalence in these patients. If this psychological disorder is not controlled, it can lead to permanent injuries in patients such as intrusive memories, avoidance behaviors, irritability and emotional numbing.

Unbridled release of Covid-19, unfavorable condition of isolated patients in intensive care unit with acute respiratory problems, lack of effective drug treatment and ultimately mortality due to this disease are the most important factors that can affect the mental health of infected people.

During the pandemic, health care providers faced different challenges.

The first challenge is the lack of capacity of hospitals to provide beds, ventilators, as well as treatment staff for the growing volume of patients.

The second challenge, given the contagious nature of the disease, is the need to redesign health centers to deal with such infections. To guarantee to maintain the physical and mental health of the medical staffs well as treatment staff for the growing volume of patients.

The next challenge is the financial loss caused by the abolition of the usual methods of treatment and the disruption of the routine care system of medical centers.

So given that in any pandemic the disease always passes through the health care system, therefore appropriate management programs at different levels in the control and treatment of the disease is essential.

Therefore, this study is expected to help decision makers and managers by analyzing the possible effects of coronavirus on the mental health, economy and social life of the people. This study also examines respondents' views on the benefits of disease in the field of work or income-generating activities, scientific life, and social life. This study also examines policy measures for resistance in times of crisis and recovery suggests movement in the economy.

REFERENCES

1. Bo HX, Li W. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. 2020:1-7.
2. Darab MG, Keshavarz K, Sadeghi E, Shahmohamadi J, Kavosi Z. The economic burden of coronavirus disease 2019 (COVID-19): evidence from Iran. BMC Health Services Research. 2021; 21(1): 1-7.
3. James W. Begun, H. Joanna Jiang. Management During Covid-19: Insights from Complexity Science. 2020.NEJM Catalyst journal. DOI: 10.1056/CAT.20.0541.

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

***Абросимова Дарья Андреевна,
Варнакова Екатерина Владимировна***

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

В самом общем виде мотивация человека к деятельности понимается как совокупность движущих сил, которые побуждают человека к осуществлению определенных действий. Эти силы находятся вне и внутри людей и заставляют их осознанно или же не осознанно совершать некоторые поступки. Поведение человека всегда мотивировано. Мотивация – это совокупность внутренних и внешних движущих сил, которые побуждают человека к деятельности, задают границы и формы деятельности и придают этой деятельности направленность, ориентированную на достижение определенных целей, потребностей. Мотивировать сотрудников – значит затронуть их важные интересы, дать им шанс реализоваться в процессе труда. [1]

Исходя из вышесказанного назревает вопрос: как мотивировать команду сотрудников во время повышенной тревожности в период распространения вируса Covid-19? Снять тревожность и объединить сотрудников возможно, внеся в работу социально значимую составляющую. К примеру, ряд компаний на время пандемии запустил виртуальную клинику, где каждый желающий может анонимно задать любой вопрос врачу. Осознание важности такой социальной помощи в сложный период зарядило сотрудников работать эффективнее, а также глубже проникнуться миссией компании.

Рассмотрим, что изменилось в компаниях с появлением Covid-19 и как работодатели решают вопросы мотивации персонала. Начнём с того, что абсолютно все производственные коммерческие и некоммерческие организации были вынуждены предпринимать меры по недопущению распространения инфекции. Повсеместное закрытие организаций, снижение заработной платы, неопределённое будущее как предприятий, так и персонала сильно сказывалось на моральном духе сотрудников и, как следствие, на производительности их труда. Особое внимание стоит уделить уходу большинства

сотрудников на удалённую работу. В начале карантина работодатели отмечали рост продуктивности: выяснилось, что без отвлекающих факторов КПД идет вверх. Однако, со временем отсутствие возможности находиться с коллективом под одной крышей может тормозить полезную динамику. Главный фактор, из-за которого работа на «удаленке» могла оказаться неэффективной – это отсутствие самоконтроля. По нашему мнению, в мотивации сотрудников на удаленной работе следует придерживаться следующих правил:

1. Руководителю важно хотя бы иногда созваниваться с сотрудниками, интересоваться, как у них обстоят дела и нужна ли помощь. На видеоконференциях в ZOOM также стоит уделять внимание корпоративной культуре, что играет немаловажную роль в мотивации сотрудников.

2. Проведение онлайн-челленджей на различную тематику, чтобы заинтересовать и расслабить своих сотрудников.

3. Создание всей командой нового проекта. Например, интересной была задумка торговой сети «Магнит»: компанией была проведена серия онлайн-концертов ко «Дню Победы», которую посмотрели порядка 300 тыс. человек. Подобные проекты не только благоприятно сказались на имидже торговой марки, но и способствовали вовлечению всей команды в рабочий процесс.

4. Экономическое стимулирование: «Леруа Мерлен Россия» выдала смартфоны каждому из сотрудников гипермаркетов, что улучшило настрой персонала и помогло наладить коммуникативные сети в организации: каждый сотрудник без труда мог связаться с руководителем по видеосвязи и в социальных сетях. [3]

При рассмотрении особенностей мотивации персонала в период коронавирусной инфекции нельзя обойти вниманием проблему влияния внутренних стимулов на мотивационное поведение персонала. Важным фактором является индивидуальный подход к каждому сотруднику. Этот опыт в кризисные времена приобретает широкий масштаб. Руководителям важно понимать свою команду, быть гибкими в принятии решений. [2]

Другой способ мотивировать коллектив – дать сотрудникам возможность попробовать новые роли. По данным Mayo Clinic (некоммерческая организация, один из крупнейших в мире частных медицинских и исследовательских центров. – Esquire), монотонность и рутинность – прямой путь к выгоранию, а саморазвитие и попытка проявить себя на новом месте – отличный способ изменить рабочие процессы.

Согласно статистике исследовательской компании Hays, чаще из нематериальных факторов сотрудников демотивируют недружелюбная корпоративная культура (64%) и некомпетентный управленческий состав (70%). В период пандемии для мотивации команды в online-формате значимо создавать доброжелательную атмосферу, подчеркивать успехи компании и отдельных лиц, работать над сплочением коллектива, обсуждать рабочие проблемы сотрудников, чтобы вместе найти решение и похвалить специалиста за заслуги.

Стоит отметить, пандемия коронавируса изменила отношение к здоровью. По данным «Ромира», больше половины россиян стали чаще задумываться о состоянии организма. Соответственно, ценность полиса ДМС как корпоративного бонуса возросла, люди стали больше обращать внимание на то, что включено в страховку, – они интересуются, приедет ли по полису врач на дом и можно ли будет сдать тест на Covid-19. Раньше сотрудники им не пользовались, сейчас – напротив. Поэтому работодатели, предоставляющие коллективу возможность позаботиться о здоровье за счет компании, выигрывают в борьбе за качественные кадры. [4]

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что пандемия изменила привычный уклад рабочего процесса большинства компаний, что не могло не сказаться на психологическом климате коллектива и моральном здоровье каждого сотрудника. Соответственно, чтобы поддержать трудовой настрой, работодателям необходимо уделять внимание мотивации команды, поддержанию энтузиазма и следованию миссии и целям компании, особенно в период коронавирусных ограничений, когда для выживания важно не просто оставаться на рынке, но и сохранять эффективность работы организации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лобанова Т. Н. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности // Учебник и практикум для академического бакалавриата. – 2016. – С. 46-49.
2. РБК Тренды «Не винтики: как мотивировать сотрудников работать эффективнее» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://trends.rbc.ru/trends/education/6127a0899a79472c45b87e76> дата обращения – 02.11.2021.
3. «Не ковидом единым: мотивация персонала сетей в период пандемии»/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL <https://www.retail.ru/articles/ne-kovidom-edinym-motivatsiya-personala-setey-v-period-pandemii/> дата обращения – 01.11.2021.
4. «Субсидии на жильё, оплата обучения в вузе и опционы – как российские компании мотивируют сотрудников» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL <https://atlanty.ru/media/motivation/> дата обращения – 01.11.2021.

**ОПЫТ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ВГМУ ИМ. Н. Н. БУРДЕНКО
НА ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ПО БОРЬБЕ С COVID-19
КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ**
Анохина Юлия Михайловна, Ходарина Юлия Валерьевна

*Россия, Воронежский государственный медицинский университет
им. Н. Н. Бурденко
Научный руководитель: ассистент Анохина Юлия Михайловна*

Актуальность. Пандемия COVID-19 стала огромной преградой для студентов медицинских вузов к развитию профессиональных компетенций. В связи с введением системы дистанционного/гибридного обучения будущие врачи не имеют возможности совершенствовать гибкие навыки (англ. – soft skills), необходимые для осуществления медицинской деятельности. Общение с пациентами, решение конфликтных ситуаций, критическое мышление, деловой стиль коммуникаций – всё это является базовыми умениями успешного врача и организатора здравоохранения.

С целью оказания консультативной помощи населению и содействия представителям практического здравоохранения в условиях нестабильной эпидемиологической обстановки в марте 2020 года Департаментом здравоохранения Воронежской области была создана горячая линия по борьбе с новой коронавирусной инфекцией (НКВИ). В конце того же месяца, 27.03.2020, к работе кол-центра были привлечены студенты старших курсов ВГМУ им. Н. Н. Бурденко. Одним из результатов данного взаимодействия стал неоценимый опыт, полученный обучающимися в ходе работы горячей линии.

Цель: проанализировать вклад опыта работы студентов-медиков на горячей линии по борьбе с НКВИ в развитие профессиональных компетенций.

Материалы и методы. Был проведён опрос волонтёров, принимавших участие в работе горячей линии Департамента здравоохранения Воронежской области по борьбе с НКВИ. Наибольший интерес представили следующие данные: факт осуществления медицинской деятельности в практическом здравоохранении; навыки, полученные в ходе работы горячей линии; польза

приобретённого опыта для дальнейшей профессиональной деятельности. Статистическая обработка данных проводилась на базе программы Microsoft Excel 2020.

Результаты и обсуждение. В опросе приняли участие 28 волонтеров колл-центра. По длительности работы на горячей линии участники распределились примерно одинаково: 35% студентов работали до 3-х месяцев, столько же более 6 месяцев (по 10 студентов соответственно), 28% волонтеров осуществляют деятельность на протяжении от 3 до 6 месяцев.

Лишь четверть участников опроса на данный момент не занята в практическом здравоохранении – остальные осуществляют врачебную или медсестринскую деятельность. Из них почти треть работают врачами первичного звена (28% – 6 человек) и более половины – средним медицинским персоналом (71,4% – 15 человек). Волонтеры признаются, что горячая линия подарила им неоценимый опыт, помогающий на данный момент в осуществлении профессиональной деятельности – 96% студентов и выпускников оценили этот аспект как один из плюсов работы в колл-центре по борьбе с COVID-19.

При анализе гибких навыков (англ. – soft skills), приобретённых в ходе осуществления волонтерской деятельности, было выявлено, что сглаживание конфликтов – главное умение, которое подарила студентам и выпускникам работа на горячей линии. Его выбрали 96% участников. Вероятно, это связано с частотой конфликтных обращений населения – более половины респондентов отметили, что они часто занимаются урегулированием проблемных ситуаций в колл-центре по борьбе с НКВИ (57% – 16 опрошенных). Переоценить пользу данного навыка сложно – конфликт, к сожалению, является неотъемлемой частью работы врачей и организаторов здравоохранения по причине высокого конфликтогенного потенциала медицины как социального института [1]. Умение ориентироваться в причинах конфликтов, дифференцировать их составляющие и урегулировать подобные ситуации – крайне необходимое профессиональное качество как для врачей первичного звена и узких специалистов, так и для руководителей медицинских организаций [1].

Кроме того, колл-центр помог волонтерам развить такие навыки, как оперативный поиск информации и терпение (92% опрошенных – по 26 человек соответственно). Быстрое реагирование на ситуацию и ответственность – ещё одни умения, приобретённые большинством респондентов (82%

и 78% участников). Среди остальных качеств, которые удалось улучшить, волонтеры отмечают пунктуальность, сострадание и милосердие.

Абсолютно все опрошенные узнали новую для себя информацию в ходе работы на горячей линии (100% респондентов). Несомненно, это был совершенно новый опыт для студентов – ожидания о деятельности на горячей линии совпали не у всех: пятая часть опрошенных (21,4% – 6 человек) предполагали иную обстановку.

При оценке пользы опыта работы в колл-центре по борьбе с НКВИ 92,8% опрошенных (26 человек) заявили о высокой эффективности подобной практики в становлении профессиональных качеств и личностном развитии. Все респонденты посоветовали бы приобрести подобный опыт другим студентам медицинских вузов (100%).

Выводы. Таким образом, превалирующее большинство студентов считает, что работа на горячей линии подарила им неоценимый опыт для дальнейшей профессиональной деятельности. Главное качество, которое удалось развить в ходе работы в колл-центре – умение сглаживать конфликты. Оперативный поиск информации, терпение, быстрое реагирование на ситуацию и ответственность – ещё одни навыки, полученные в результате данной деятельности. Респондентами была отмечена высокая эффективность подобной практики в дальнейшем профессиональном становлении, что послужило причиной посоветовать опыт волонтерской деятельности на горячей линии другим студентам медицинских вузов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чернышева Марта Леонидовна, Чернышев Андрей Валентинович, Горностаева Людмила Александровна Управление конфликтами в медицине: формирование специфических компетенций в процессе подготовки организаторов здравоохранения // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. – №12.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА ИНДУСТРИЮ СПОРТА

Астахова Екатерина Витальевна

*Россия, г. Волгоград, ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»,
Научный руководитель:
кандидат экономических наук Екатерина Владимировна Беликова*

Вспышка коронавирусной инфекции (COVID-19) заставила приостановить проведение мировых спортивных соревнований. В этот год было запланировано огромное количество спортивных мероприятий. Чемпионат Европы по футболу должен был состояться в 12 европейских странах (июнь – июль), а Олимпийские игры в Токио запланированы на июль – август, спортивный календарь полностью пересматривается. Одни старты отменены, некоторые – перенесены в другие города или откладываются на неопределенный срок, третьи – проводятся без зрителей или с ограничением по количеству посетителей [1].

Пандемия в мировом спорте посеяла настоящую панику. Организаторы соревнований не были готовы брать на себя ответственность и ждали указаний – от национальных властей или от Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Пандемия коснулась не только массового спорта, но и профессионального. Глобальная стоимость индустрии спорта оценивается в 756 млрд долл. США в годовом выражении (рис. 1).

Спорт представляет собой существенный сектор в экономике регионов мира и отдельных стран. Например, в ЕС доля ВВП, связанная со спортом, составляет 279,7 млрд евро, что эквивалентно 2,12% от общего ВВП ЕС [2]. Количество людей, задействованных в сфере спорта, насчитывает 5,67 млн человек, что соответствует 2,72% занятых в ЕС. Каждый 37-й работник занят в спортивной сфере.

Спортивные организации также потеряли существенную часть постоянного дохода, который поступает от различного рода платежей, в том числе от членских взносов, выдачи лицензий, предоставления подписок.



Рисунок 1. Процентное соотношение доходов в спортивной индустрии в 2020 году (%)

- Для профессиональных спортсменов, пандемия обернулась потерей соревновательной практики, и в некоторых видах сборов возможности отбора на крупные международные соревнования. Для некоторых это означает утрату возможности повысить свой статус и получить финансовые средства из частных и государственных источников (на местном, региональном и национальном уровнях).

- В связи с уменьшением доходов спортивных организаций спортсмены не получали финансовую поддержку.

- Организации испытывали трудности с финансовыми средствами. У них по-прежнему сохранялись обязательства по фиксированным платежам вне зависимости от потери доходов.

Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) в большей степени затронула основные лиги Европы и США.

За сезон 2019–2020 года в области продажи прав на трансляцию Английской премьер-лиги была около 800 млн евро, а потеря оценивались в сумму в области коммерческой деятельности и проведения матчей – 300 млн евро и 180 млн евро, соответственно.

Английская премьер-лига недосчиталась дохода на сумму 1,35 млрд долл. США; испанская La Liga потеряет 1 млрд долл. США; крикет, регби и футбол в Великобритании потеряли 850 млн долл. США; итальянская Потери от переноса Олимпийских игр в Токио оцениваются на уровне 6 млрд долл.

Английская премьер-лига недосчитается дохода на сумму 1,35 млрд долл. США; испанская La Liga потеряет 1 млрд долл. США; крикет, регби и футбол в Великобритании потеряли 850 млн долл. США; итальянская Потери от переноса Олимпийских игр в Токио оцениваются на уровне 6 млрд долл. США [3].

В связи с падением доходов спортивные организации вынуждены разными способами сокращать свои расходы, что зачастую отражается на положении самих спортсменов. Во время пандемии COVID-19 многим футбольным клубам пришлось сокращать заработные платы игрокам (иногда и тренерскому штабу): в Атлетико и Барселоне были вынуждены пойти на снижение заработных плат на 70%, в Ювентусе снижение выплат игрокам сэкономит около 90 млн евро, а в Боруссии – позволит сохранить работу 850 штатным и внештатным сотрудникам. Тем не менее не все спортивные организации смогли справиться с последствиями пандемии.

Самым громким событием в спортивном мире с начала пандемии стал перенос на следующий год Олимпийских игр 2020 в Токио. 30 марта 2020 года Международный олимпийский комитет объявил, что игры пройдут с 23 июля по 8 августа 2021 года. При этом несмотря на перенос они сохранят название Токийской олимпиады 2020 года. Паралимпийские игры пройдут с 24 августа по 5 сентября 2021 года. Даты проведения были согласованы во время телефонного разговора между президентом МОК Томасом Бахом, организаторами «Токио 2020», правительством Японии и Международным паралимпийским комитетом.

Необходимость учета выпадающих доходов ожидаемо приведет профессиональных участников к необходимости поиска новых решений и экономических моделей, а опробованные на практике нововведения, спровоцированные пандемией, могут лечь в основу долговременной трансформации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постольник Юлия Александровна, Бубенцова Юлия Александровна, Белоножкина Наталия Александровна, Корженевская Татьяна Сергеевна Дисциплина «Физическая культура и спорт» в период пандемии: проблемы и реализация // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2021. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/distsiplina-fizicheskaya-kultura-i-sport-v-period-pandemii-problemy-i-realizatsiya> (дата обращения: 19.10.2021).
2. Спорт в условиях пандемии COVID-19 // Счетная палата Российской Федерации, 2020.
3. <https://sport.rambler.ru/premier-league/>

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ
КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)**

***Беликова Екатерина Владимировна¹,
Лившиц Владимир Евгеньевич²***

¹Россия, г. Волгоград ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»

²Испания, г. Мадрид бизнес-тренер, консультант НЛП, преподаватель и персональный наставник школа коучинга

В век развития информационных технологий, человечество как никогда нуждается в физической культуре и спорте (ФКиС). Физическая культура все глубже проникает в сознание людей и преобразуется во все более значимое и неотъемлемое явление в жизни людей. В современных реалиях люди во всех странах стараются вести здоровых образ жизни, чтобы поддержать свой должный уровень физического развития. Спорт высших достижений, который в последнее время приобрел большую популярность, претерпевает кардинальные изменения – он превращается в целую индустрию различных спортивных и зрелищно-массовых мероприятий.

На потребности людей, влияет и рынок, фирмы производители, которые занимаются созданием спортивных товаров, одежды, имиджа спортивной индустрии. С каждым годом, физическая культура и спорт претерпевает увеличение количества людей, которые приобщаются к спорту, в связи с этим, возрастает количество спортивных учреждений, комплексов и организаций. На основании этого формируется и новый спрос на новую продукцию, влияние спортивной индустрии постепенно увеличивается на мировом рынке.

Спортивные товары на данном этапе развития общества вошли в моду. Спрос на них предъявляют и спортсмены мирового уровня, тренеры и другие спортивные учреждения. В связи с этим, на мировом рынке возникает жесткая конкурентная борьба, поскольку вместе с массовым спросом на спортивные товары и услуги, эта тенденция обеспечивает производителям и огромную прибыль.

Многолетняя практика работы различных спортивных учреждений показывает, что финансирование сферы ФКиС на различных уровнях распределяется неравномерно. Это объясняет разный уровень развития физической культуры и спорта в регионах страны.

В настоящее время понятие «здоровье» рассматривается как человек, который не имеет каких-либо отклонений от нормы касательно своего организма. Здоровье населения страны прямым образом влияет на экономику. Например, карантинные меры в связи с пандемией COVID-19, начиная с марта 2020 г. до начала августа 2020 г. [1].

Население многих стран находилось в режиме самоизоляции и многие предприятия, учреждения были закрыты. В связи с этим, это сильно ударило по экономике многих стран, повысились цены и в целом недовольство населения, которое могло бы перерасти в нечто большее. Несмотря на это, правительство многих стран разрешило людям выходить на улицу с целью занятий физической культурой. Помимо занятий физической культурой на улице, известные фитнес тренеры стали преподавать тренировки на популярных онлайн площадках таких как Instagram*, YouTube и др.

В период карантина существенно возросла популярность физической культуры и спорта как общественного движения. После послабления карантинных мер и открытия фитнес центров, повысился спрос на фитнес-услуги и спортивные товары. Такой фактор позволит восстановить убытки, которые фитнес-центры, потеряли в скором времени. Этот и другие основания поспособствовали улучшению общего состояния населения и, возможно, ускорило процесс выздоровления людей с более тяжелой формой заболевания COVID-19.

Сегодня эксперты говорят, что глобальной тенденцией является смена лидеров индустрии на мировом рынке. Так в мае 2020 года объявила о банкротстве одна из крупнейших в мире сетей – Gold's Gym, управляющая 700 клубами по всему миру, в июле ее купила немецкая RSG Group, управляющая сетями McFit, High5 Gym и John Reed Fitness.

* Предупреждение: Instagram – соцсеть, запрещенная в России с марта 2022 г.

Согласно статистике, одного из крупнейших агрегаторов онлайн-тренировок Mindbody, во время пандемии люди стали тренироваться чаще. 56 % пользователей сервиса перешли на тренировки более 5 раз в неделю, а самым популярным направлением стала йога – 36 % пользователей. Более того, если сервисами для онлайн тренировок в 2019 году еженедельно пользовались только 7% пользователей, то в апреле 2020 года эта цифра выросла до более чем 80%. С марта по апрель 2020 года аудио-приложения для тренировок увеличило органический трафик вдвое, а вовлеченность – в 3 раза. [2]

Однако, после на снятие запрета на физическую культуру и спорт на улице, многие люди в период пандемии усилили употребления алкогольных напитков, что также привело с одной стороны улучшению экономики этой отрасли, а с другой стороны заметному снижению качества здоровья многих слоев населения.

Современная экономическая теория предполагает, что улучшать качество жизни населения, можно за счет непрерывного экономического роста. Обеспечение такого роста должно исходить из нескольких компонентов:

1. Экстенсивный экономический рост – увеличение факторов производства труда.
2. Интенсивный экономический рост – разработка новых технологий в обработке и создания продукции.

С точки зрения интенсивного экономического роста, разработка новых технологий позволит улучшить качество и быстроту производства в различных регионах страны. Это приведет к быстрому экономическому росту и, как следствие, к улучшению благосостояния граждан России.

Таким образом, в настоящее время возрастает важность использования навыков физической культуры и спорта в профилактике заболеваний, продлении активной жизни, формировании гармонично развитой личности и социальной адаптации.

В связи с этим необходимо решать задачи по обеспечению разнообразия форм физической культуры и спортом по месту жительства, учебы и работы, развития спортивной инфраструктуры с учетом потребностей инвалидов, а также применять новые цифровые и информационные технологии для разностороннего развития организма человека.

При этом важно поддерживать развитие предпринимательства и создавать благоприятные условия для внебюджетных средств и развития государственно-частного партнерства.

Для достижения высоких результатов на международной арене необходимо обеспечить новаторское научно-техническое развитие и ускорить внедрение инноваций в подготовке спортивного резерва и спорта на высшем уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Оценка доступности в 2018–2019 годах и истекшем периоде 2020 года физкультурно-оздоровительных и спортивных услуг» // <https://ach.gov.ru/checks/schetnaya-palata-fizkulturno-ozdorovitelnye-uslugi-ne-dostupny-dlya-bolshinstva-naseleniya>
2. Сайт Mindbody // <https://mixsport.pro/blog/post-kovidnye-tendencii-v-mire-fitnesa-cego-ozidat-v-budusem>

РЫНОК ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО КРЕДИТОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Владимирова Татьяна Андреевна, Стасишина Юлия Витальевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение. В настоящее время пандемия COVID-19 стала большим потрясением для экономики и финансовых систем в России. Вначале, когда правительство вводило беспрецедентные меры по сдерживанию быстро распространяющегося вируса, объем производства упал, резко выросла безработица и материализовался значительный финансовый стресс. Значительная часть населения стало брать кредиты, поэтому растет просрочка по потребительским кредитам. В то же время правительство приняло существенные меры по поддержке заемщиков и запустило масштабные программы, а банки, в свою очередь, стали активнее пересматривать условия погашения кредитов и ужесточили условия для оформления новых. Исходя из представленных данных, тема является актуальной. [1]

По данным на 2018 год ПАО «Сбербанк» за последние пару лет наблюдался быстрый рост кредитования физических лиц. Это объясняется двумя основными причинами: увеличение доходов населения и снижение кредитных ставок. Рассмотрим подробнее. Увеличение заработной платы на 2018 год на 42 % (у работников, получавших до 15 000 рублей) и увеличение МРОТ на 48,8 %. А на 2019 год этот прирост составил 6 %. К концу лета 2019 года ставки по кредиту снизились до 15 %, что в свою очередь, обуславливает рост количества выдаваемых кредитов. На рынке наблюдается тенденция, люди берут кредиты не для того, что дожить "от зарплаты до зарплаты", а чтобы улучшить свои жилищные условия, купить новый автомобиль и т.д. Однако, все вышеперечисленное не отменяет тот факт, что просрочка платежа растет. За 2018 год она составила 22,4 %, а за лето 2019 еще 8,1 % (около 19 % в год).

С января 2020 по сентябрь 2021 года кредитный портфель вырос на 28,5%, а просроченные платежи по кредиту на 33,6% [2, 3, 4]

График 1.1 Динамика рынка неипотечного кредитования



График 1.2 Динамика рынка ипотечного кредитования



Источники: Банк России, Росстат, данные за 2019 год: портфель на 1.06.2019, номинальный ВВП оценен, исходя из номинального ВВП за 2018 год, увеличенного на индекс-дефлятор I квартала 2019 года.

Рис. 1. Графики динамики рынков неипотечного и ипотечного кредитования

Цель и задачи. Выяснить, как пандемия повлияла на рынок потребительского кредитования среди заемщиков различных возрастных категорий.

Задачи:

- 1) Определение основной аудитории заемщиков во время пандемии COVID-19.
- 2) Проследить количество выдачи кредитов до пандемии COVID-19 и во время неё.
- 3) Определить какой части населения получилось выплатить кредиты во время пандемии COVID-19.
- 4) Предложить варианты понижения задолженностей у населения.

Материалы и методы. В исследовании использовались: анализ доступной литературы и некоторых статистических данных. Было проведено анкетирование среди взрослого населения и обобщение, подсчет результатов с помощью сводных таблиц.

Результат и обсуждение. Для исследования был проведен социологический опрос среди жителей различных городов России с использованием платформы Google Forms, в отношении респондентов соблюдались нормы конфиденциальности и автономии.

Мы провели опрос, в котором приняли участие 52 жителя Волгоградской области в возрасте от 18 лет (см. рис. 2).

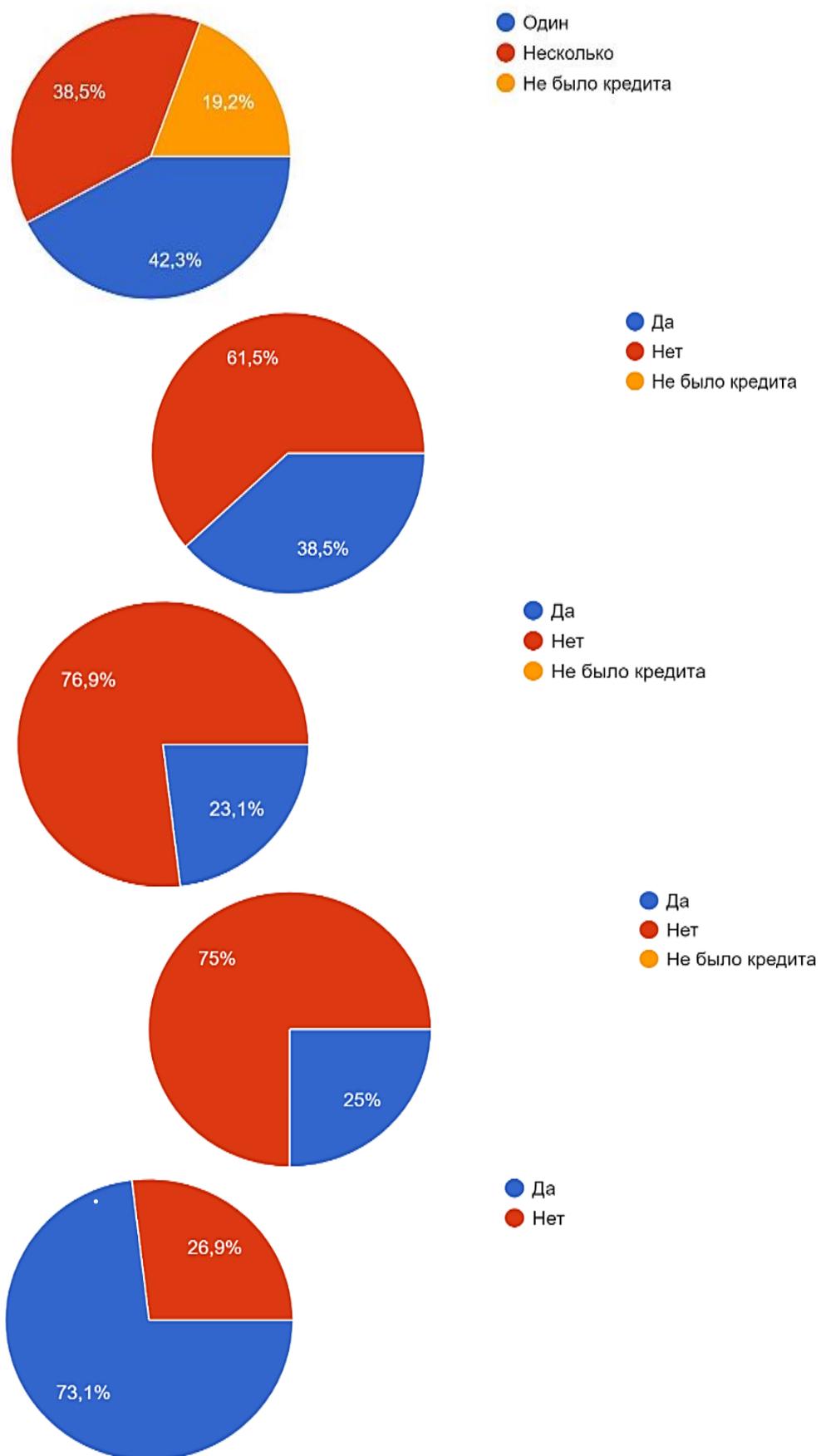


Рис. 2. Результаты опроса жителей Волгоградской области

Опрос показал, что у 71,3% опрошенных был кредит до пандемии, у 38,5% их было несколько. За время пандемии кредит брали 23,1%, а задолженности по нему во время пандемии появился у 25%. Выплатить кредит во время пандемии удалось только 19,2% опрошенных. Для того, чтобы снизить процент задолженности банк может одобрить реструктуризацию в виде платежных каникул: в течение согласованного банком периода заемщик не вносит платежи по кредиту, либо вносит только проценты по долгу. Еще один вариант – пролонгация: ежемесячный платеж уменьшается, а срок кредита увеличивается.

Выводы. Таким образом, рынок потребительского кредитования во время пандемии COVID-19 начал процветать, все больше людей стали брать кредиты. Но растет просрочка по потребительским кредитам, и банки стали пересматривать условия погашения кредитов и ужесточили условия для оформления новых.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новостной сайт MarketScreener [Электронный ресурс] // Bank Lending Conditions during the Pandemic. URL: <https://www.marketscreener.com/>
2. Сайт Сбербанк [Электронный ресурс] // Годовой отчет 2019. URL: <https://2019.report-sberbank.ru/>
3. Официальный сайт Сбербанк [Электронный ресурс] // Исследования на основе данных Сбербанка. URL: <https://www.sberbank.ru/ru/person>
4. Финансовая результативность Сбербанк [Электронный ресурс] // Годовой отчет 2018. URL: <https://2018.report-sberbank.ru/infographics/6#part6-section1>

АНАЛИЗ МЕТОДОВ МАТЕРИАЛЬНОЙ И НЕМАТЕРИАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Городова Юлия Владимировна, Корнилова Анастасия Сергеевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

Пандемия Covid-19 за очень короткое время изменила ситуацию в мире, жизнь каждого человека и, как следствие, работу организаций здравоохранения. Медицинский персонал, работающий непосредственно с новой коронавирусной инфекцией, а также с подозрением на нее, больше всего подвержен риску развития психического заболевания. Причины – повышенный риск заражения, работа в специализированной одежде, интенсивность работы, связанная с увеличением количества пациентов, боязнь заразить родственников, а также постоянно нарастающая утомляемость.

В связи с этим снижается производительность труда, медицинские организации теряют квалифицированных сотрудников, и, как следствие, с трудом справляются с задачами, которые ставит перед ними Минздрав [2]. Многие медицинские учреждения частично перешли на работу с Covid-19 [5]. В связи с пандемической ситуацией существует высокая степень неопределенности в принятии решений [6]. Анализ принятых мер и реакции персонала на них обеспечит эффективность работы системы по защите здоровья граждан в будущем [3]. Автором проведено исследование эффективности работы персонала в условиях пандемии, выявлено основной тип мотивации, влияющий на повышение производительности труда в этих сложных условиях, а также влияние отсутствия данного вида мотивации на подразделения, не работающие с новой коронавирусной инфекцией в организации.

В апреле 2020 года на борьбу с инфекцией было брошено одно из подразделений госбюджетного медицинского учреждения.

В марте перед началом работы организации с новой коронавирусной инфекцией наблюдается стандартная картина – до 1% увольнений и переводов из клинического отделения разных категорий персонала. В апреле указанный блок переведен на работу с Covid-19 по приказу ДМЗ. Вначале последовала

волна увольнений из-за страха заболеть и недостаточной мотивации для продолжения работы в опасных условиях. Офисные уборщики, барменши и горничные в основном уволились; медсестры входят в состав среднего медицинского персонала. Большинство этих сотрудников были пенсионного возраста или имели хронические заболевания и под влиянием тревожной информации из СМИ боялись работать с коронавирусной инфекцией.

В мае, даже несмотря на принятие государством и организациями ряда мер по материальному стимулированию персонала, ситуация с кадрами остается достаточно сложной. Огромное количество пациентов, часто в тяжелом состоянии, нехватка квалифицированного персонала (из-за увольнения опытных сотрудников в апреле и прихода новичков, еще не полностью вовлеченных в работу), заражение коллег вокруг повышает уровень беспокойства среди сотрудников. Научное изучение влияния тревожности на эффективность деятельности дает однозначные результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что тревожность способствует успешной деятельности в относительно простых для человека ситуациях и мешает в сложных [6]. Следовательно, снижается производительность труда, привлекаются сотрудники других клинических отделений организации для выполнения поставленных перед отделением задач. Ситуация в июне стала меняться в лучшую сторону по нескольким причинам. Прежде всего, Правительством Российской Федерации приняты самые решительные меры по материальному стимулированию персонала, а именно: Постановления Правительства № 415 от 02.04.2020, № 484 от 12.04.2020, согласно которым определенные выплаты причитаются медицинским учреждениям. работники, работающие с пациентами с коронавирусной инфекцией или с подозрением на коронавирусную инфекцию.

Для установления таких выплат медицинская организация должна утвердить соответствующий локальный нормативный акт и согласовать его с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения или органом местного самоуправления.

В таком акте устанавливаются: перечень отделений медицинских организаций, работа в которых дает право на установление выплат, а также перечень должностей, размер поощрительных выплат и срок, на который он устанавливается. [1] Несмотря на то, что указанные выплаты производились с первого дня работы с инфекцией, сотрудники не сразу «почувствовали разницу», поскольку в первую очередь обращали внимание на тяжелые условия труда и опасались последствий контакта с инфекцией. инфекция. В июне количество

пациентов, поступающих в отделение, стало сокращаться, при этом выплаты оставались в полном объеме, финансовая мотивация со стороны государства и учреждений здравоохранения начала приносить положительные плоды, и к июлю ситуация нормализовалась. То есть количество увольнений и переводов из отделов стало таким, как до работы в условиях пандемии. В сентябре заболеваемость снова стала расти, соответственно, количество пациентов в больницах снова стало расти.

Производительность труда, несмотря на рост трудоемкости, остается на том же стабильном уровне, что и летом. Чтобы закрепить успех, в правительстве регионов отметили работу медицинских работников, применив психологическую мотивацию.

Например, в Москве распоряжением Мэра Москвы медработников поблагодарили за их вклад в организацию и оказание медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией. По словам сотрудников, благодаря поощрительным выплатам за эти несколько месяцев они смогли полностью или частично решить свои финансовые проблемы, связанные с выплатой кредитов на жилье, автотранспорт, обучение детей и т. д. С учетом сложной психологической ситуации. для врачей на рабочем месте государством внесены изменения в некоторые законодательные акты, разрешающие им работать без аттестата аккредитации (Постановление Правительства РФ № 440 от 03.04.2020 «О продлении разрешений и других особенностях в отношении лицензирование деятельности в 2020 году »[7], продлить действующий сертификат на год (для медперсонала) [4]; а также квалификационную категорию (при наличии), дающую право на дополнительные поощрительные выплаты в учреждениях здравоохранения. Это послужило дополнительным фактором мотивации для персонала: даже имея ваучеры на очные и заочные курсы, многие откладывали учебу до следующего года. Однако, накопив достаточно стабильная работа подразделений по коронавирусу, невозможно не заметить снижение эффективности персонала в организации, не задействованного в борьбе с инфекцией.

Все остальные сотрудники продолжают выполнять свои непосредственные обязанности. Но многие из них работали (были временно переведены) в подразделения covid-19 в период кадровой нехватки (апрель, май) и видят разницу в заработной плате, а те, кто не работал, узнают о поощрительных выплатах из СМИ. В отдел кадров стали поступать заявки от сотрудников на перевод в отделы, которые работают с Covid-19, многие потенциальные сотрудники ищут работу исключительно в этих отделах и не рассматривают работу

в стандартных условиях. Людям кажется, что их труд недостаточно ценится, они не чувствуют себя причастными к борьбе с пандемией, что приводит к снижению производительности труда. Рано или поздно пандемия закончится.

Соответственно, не будет оснований для существующих стимулирующих выплат и заработная плата вернется к прежним показателям, но на данный момент, чтобы не увеличивать разрыв между сотрудниками одной организации, работающими в разных условиях, могут быть приняты некоторые меры. Например, вместо больного сотрудника или сотрудника, ушедшего в отпуск из подразделения по борьбе с коронавирусной инфекцией, возьмите сотрудников из других подразделений на время их отсутствия, а не отдавайте внутреннюю подработку тем, кто работает здесь на постоянной основе. Причем трансферы считаются, так как основная ставка в «зеленой зоне» и внутреннее сотрудничество в «красной» может привести к распространению инфекции.

В случае публикации заявки в блоке Covid-19 сначала предложите место желающим действующим сотрудникам (это возможно на конкурсной основе) и только после этого всем остальным. С другой стороны, есть сотрудники, которые после нескольких месяцев работы в условиях пандемии не имеют ни моральных, ни физических сил, чтобы продолжать работать. Вместо увольнений нужно предлагать сотрудникам ротацию персонала и перевод в подразделения с типовой для отдела работой, чтобы «уставшие» могли «отдохнуть», а «отдохнувшие» – «работать». Мэр Москвы рекомендовал людям старше 65 лет и с хроническими заболеваниями не выходить из дома без крайней необходимости [8]. Работающим этой категории выдаются листы нетрудоспособности на определенные периоды. Однако многие врачи этого возраста написали заявления и ушли работать. Многие из них не работают с коронавирусом, но их можно поощрить дипломами, потому что они не щадят свое здоровье, помогают выполнять государственную задачу, пока их коллеги борются с covid-19.

В статье исследуется эволюция отношения сотрудников к новым условиям труда, вызванная пандемией коронавируса, постепенная адаптация, виды стимулов, помогающие поддерживать мотивацию к работе на должном уровне; а также дает рекомендации по построению команды, при которой только часть сотрудников имеет дополнительные поощрительные выплаты. Выявлено, что материальная мотивация со стороны государства и здравоохранения является основным фактором привлечения сотрудников к работе

в «красной зоне», однако из-за нарастающей утомляемости персонала требуются моральные методы мотивации (отсрочка обучения, благодарность).

Также для более эффективной работы требуется своевременная ротация персонала, чтобы временно снизить загруженность сотрудников «красной зоны» и возможность подзаработать сотрудников «зеленой зоны». Важно, чтобы все сотрудники организации остаются одной командой, потому что, как сказал А.Ю. Сафонов: «благополучие предприятия после кризиса зависит от того, как оно будет действовать в нем». [6]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Багмет Н. Стимулирующие выплаты медицинским и иным работникам за работу с коронавирусом (Covid-19): кому положены и в каком объеме? Подробный разбор на «понятном» языке [Электронный ресурс] URL: <https://barrist.ru/stimuliruyushchie-vyplety-za-raboty-s-koronavirusom/>

2. Островский Д. И., Иванова Т. И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы) // Омский психиатрический журнал. – 2020. – № 2-15 (24). – с. 4–10.

3. Перхов Д. И., Гриднев О. В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» – 2020. – № 2. – С. 206–217.

4. Приказ Минздрава России от 14.04.2020 № 327н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста» [Электронный ресурс] URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73801854/>

5. Распоряжение Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. № 844-р «Об утверждении перечней организаций и их структурных подразделений, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных органам исполнительной власти, и частных медицинских организаций, которые репрофилируются для оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях [Электронный ресурс] URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73737356/>

6. Сафонов А. Ю. Управление персоналом в период пандемии // Московский экономический журнал, – 2020. – № 5. – С. 554–559.

7. Тимербулатов В. М., Тимербулатов М. В. Здравоохранение во время и после пандемии COVID-19 // Вестник академии наук РБ. – 2020. – Т. 35. – № 2 (98). – С. 77–86.

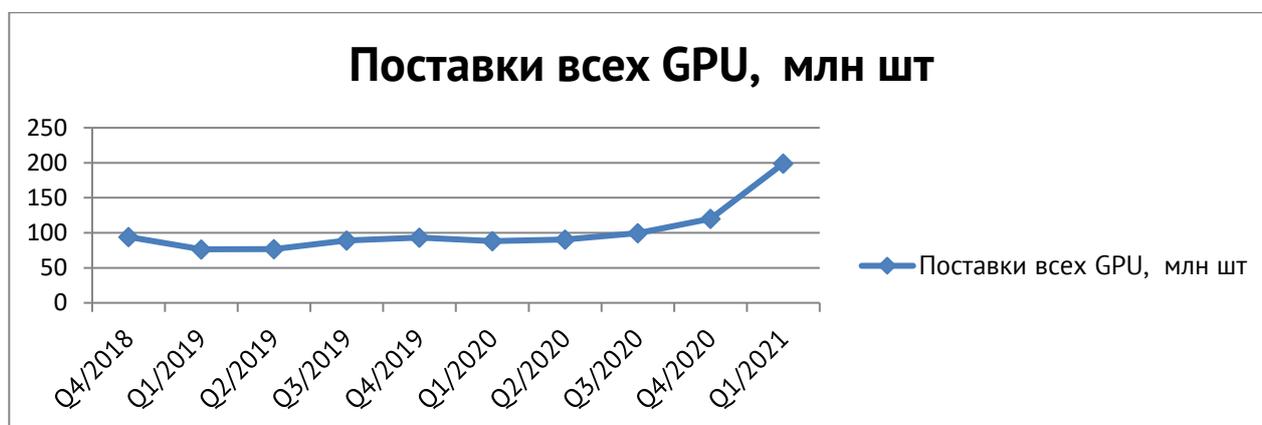
8. Удаленная работа и домашний режим для людей старше 65 лет: как Москва борется с ростом заболеваемости COVID-19 [Электронный ресурс] URL: <https://www.mos.ru/mayor/themes/1299/6814050/>

КРИЗИС ПОЛУПРОВОДНИКОВ, ВОЗНИКШИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Даниленко Евгений Евгеньевич, Гурбич Елизавета Владиславовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В 2019 году в Китае впервые зарегистрировали вспышки новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. В первом квартале 2020 года коронавирус распространился по большей части земного шара, большинство заводов, предприятий было закрыто на локдаун. Несмотря на то, что процессы на многих заводах автоматизированы, без человека всё-таки не обойтись, поэтому заводы на не продолжительное время встали. За это время спрос на многие гаджеты вырос. Большое количество населения перевели на удалённую работу, в связи с чем спрос на ноутбуки, планшеты, смартфоны, наушники, веб-камеры, а, следовательно, на все графические процессоры (GPU), которые содержатся в гаджетах, значительно вырос:



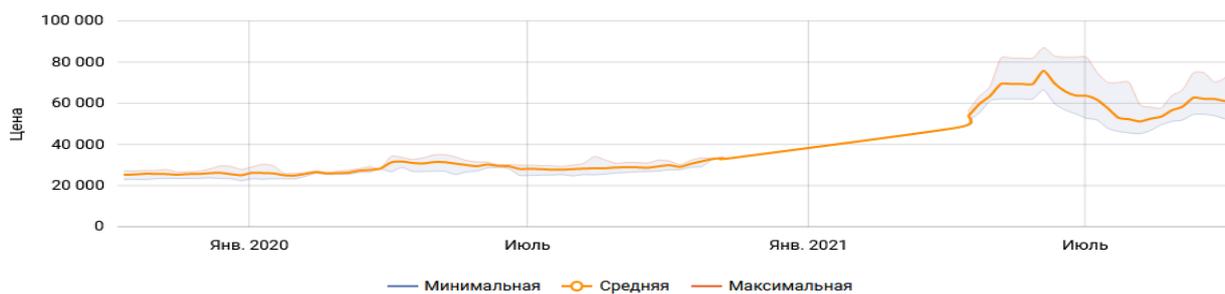
[1]

Несмотря на то, что аналитики прогнозировали необычный спад из-за разрыва цепочек поставок из Китая из-за эпидемии, их ожидания не оправдались, спад оказался незначительным, уже во втором квартале 2020 года уровень поставок вернулся на прежний уровень, а в третьем квартале 2020 года уже превышал показатели до пандемии. [1]

Из-за огромного спроса, возникшего на фоне пандемии Covid-19, производители завысили цены, в чём можно убедиться на следующих примерах:

Динамика цен на MSI GeForce RTX 2060 VENTUS 6G OC

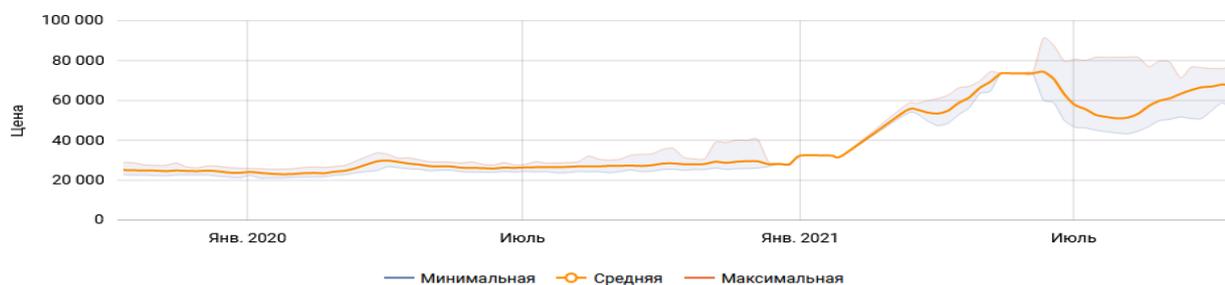
Цена Кол-во магазинов Спрос Цена&Спрос



[2]

Динамика цен на Palit GeForce RTX 2060 Dual

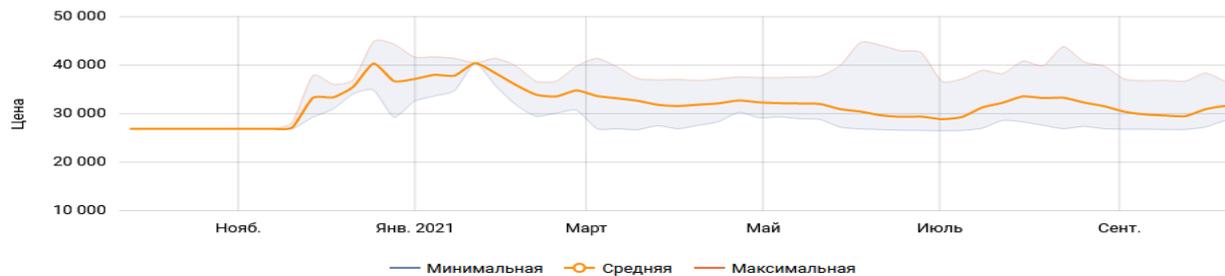
Цена Кол-во магазинов Спрос Цена&Спрос



[2]

Динамика цен на Microsoft Xbox Series S 512 ГБ

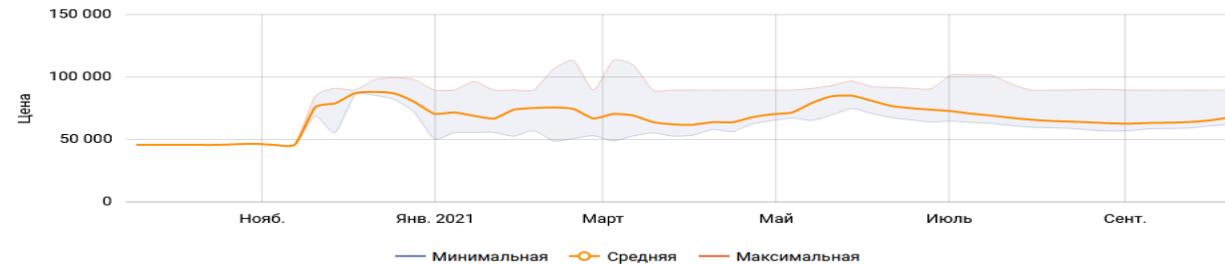
Цена Кол-во магазинов Спрос Цена&Спрос



[2]

Динамика цен на Sony PlayStation 5 825 ГБ

Цена Кол-во магазинов Спрос Цена&Спрос



[2]

Пандемия спровоцировала рост пользователей сети, поэтому возросла нагрузка на дата-центры, ввиду чего у владельцев серверов возникла необходимость в расширении дата-центров. А в сервере так же, как и в любой другой электронике, находятся полупроводники. Например, рассмотрим среднюю нагрузку в среднем количестве пользователей в день на платформе Zoom:



[1]

Это привело к резкому нарушению баланса очень важного рынка. Производством чипов в мире занимаются всего две компании-монополисты, одна из которых – это TSMC в Тайвани, которая производит около 50% чипов.

Баланс был нарушен таким образом: TSMC выпускает чипы для многих компаний, таких как Qualcomm, nvidia, AMD, Broadcom, которые в свою очередь дорабатывают их и поставляют другим компаниям, занимающимся непосредственно изготовлению гаджетов – LG, Lenovo, HP, Apple. В то же время TSMC изготавливает чипы для Renesas Electronics, которая обеспечивает поставку 2/3 чипов в автомобильной промышленности, но при этом фокусируется на разработке программного обеспечения. Так как спрос на ноутбуки, персональные компьютеры и другие гаджеты, используемые для удалённой работы и учёбы, резко возрос, возросла и потребность в чипах, поставляемых этой компанией. Производительность заводов TSMC в это время не увеличилась, а осталась на том же уровне.

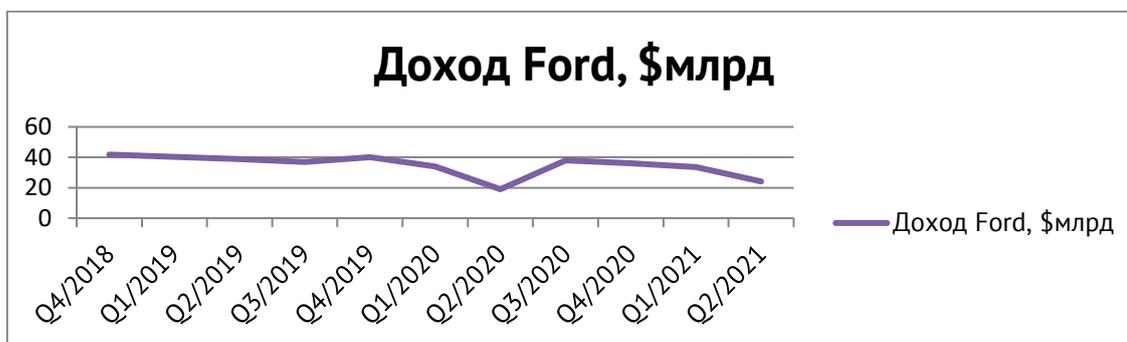
В то же время компании, специализирующиеся на производстве автомобилей, в первые месяцы пандемии были закрыты на локдаун, конвейеры встали, следовательно, заводы снизили прогнозы на закупку электрочипов.

Но когда спрос на автомобили резко вернулся, то компания TSMC просто не смогла удовлетворить потребности автопрома в полупроводниках, так как удовлетворяла возникший небывалый спрос на электронику.

Аналогичная ситуация наблюдается и с другими поставщиками полупроводников.

Помимо этого, разного рода факторы оказывали влияние на эту сферу: пожар на заводе Renesas Electronics в Японии, огонь охватил цех, специализирующийся на кремниевых пластинах, засуха в Тайване, рост криптовалюты Ethereum, спровоцировавший спрос на видеокарты, а, следовательно, и на микропроцессоры. [4]

От этого очень страдает, как было сказано выше, автомобильная промышленность. Рассмотрим динамику продаж на примере концерна Ford:



[3]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jon Peddie Research – независимые исследования, статистические данные [Электронный ресурс] // Jon Peddie Research. URL: <https://www.jonpeddie.com/>
2. Каталог товаров E-Katalog, все цены интернет-магазинов России Сравнение [Электронный ресурс] // e-katalog. URL: <https://www.e-katalog.ru/>
3. Информация для инвесторов Ford, годовой финансовый отчет по кварталам [Электронный ресурс] // Financial&Filings URL: <https://shareholder.ford.com/investors/financials-and-filings/default.aspx>
4. Официальный новостной сайт BBC [Электронный ресурс] // Breaking news, sport, TV, radio and a whole lot more. The BBC informs, educates and entertains – wherever you are, whatever your age. URL: <https://www.bbc.com/news/business-58230388>

ВАКЦИНАЦИЯ КАК ЭТИЧЕСКИЙ ВЫЗОВ: МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ

Доника Алена Димитриевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Несмотря на перспективность вакцинации против COVID-19 как стратегического направления по борьбе с продолжающейся пандемией наблюдается скептическое отношение к вакцинам на глобальном уровне [1].

Цель работы – определить причины неоднозначного отношения к вакцинации как этические вызовы в международном контексте.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели был проведен контент-анализ открытых источников информации (официальные сайты министерств и ведомств, международных баз цитирования).

Результаты и их обсуждение. Анализ официальных источников показал, что в ряде стран была доказана высокая эффективность вакцинации в отношении альфа (британский), бетта (южноафриканский) и гамма (бразильский) штаммов коронавируса. Например, в Израиле средний показатель умерших от COVID-19 составил 562,4 человека на миллион населения (при среднем показателе в мире 718 чел. на миллион), что определило Израиль на 78 место в мире по этому показателю. При этом показатель вакцинации на 08.11.2021 составил 37 %. В отношении новой волны осенью-зимой 2021 г эксперты Израиля дают более скептические прогнозы, в связи с прогнозируемой более низкой эффективностью вакцин против дельта-штамма. В связи с этим запланировано введение строгих ограничительных мер на короткий период и перевод национальной системы здравоохранения в особый режим (с приоритетом оказания медицинской помощи заболевшим, бесперебойной поставкой вакцин и терапевтических средств для этой группы пациентов, резервированием мест и т.д.). Этическими вызовами для общественного здравоохранения страны являются сохранение баланса между защитой естественных прав (свобода передвижения и религии) и автономии в отказе от вакцинации, соблюдение интересов каждого и солидарности в обществе.

Во Франции основной проблемой после введения летом 2021 г. в Европе ковид-паспортов (электронных сертификатов с QR-кодом, свидетельствующим о полной вакцинации или отрицательном результате ПЦР-теста менее 72 часов или излечении от COVID) стала волна протестного движения, сторонники которого рассматривают введение таких паспортов здоровья как угрозу для появления «иммунных привилегий». Ковид-диссиденты использовали данную ситуацию для усиления псевдоправовой риторики о нарушении естественных прав. С августа 2021 г «Anti-Health Pass»-демонстрации проходят каждую субботу в 200 городах и собирают около 215 000 человек.

Но развернутая за рубежом кампания против «ковид-паспортов» в понимании обывателей сливается с критикой обязательной вакцинации под эгидой защит прав и свобод человека. С одной стороны, риторика, апеллирующая к этическим ценностям, всегда представляется обоснованной. В то же время проблема дискриминации, поднятая в странах Европейского Союза, серьезно пострадавших от пандемии COVID-19, обусловлена, прежде всего, с неравным доступом к вакцинам. На официальном сайте ВОЗ появилась Декларация о равенстве вакцинирования (от 18.01.2021), в преамбуле к которой Генеральный директор ВОЗ, д-р Тедрос Адханом Гебрейесус отметил, что «...мир находится на грани катастрофического морального провала – и цена этого отказа будет заплачена жизнями и средствами к существованию в беднейших странах мира». В декларации подчеркнута необходимость обеспечения справедливости вакцинации [2].

Международные эксперты считают, что достижение справедливого доступа к вакцинированию возможно через механизм COVAX и пул доступа к технологиям COVID 19 (C-TAP), поскольку уже существуют международные механизмы для обмена ноу-хау, быстрого и справедливого масштабирования производства и развертывания вакцин. COVAX, объединяющий более 190 стран и экономик, обеспечил производство 2 миллиардов доз вакцин в 2021 году, внедрение которых началось весной 2021. В Декларации о равенстве вакцинации указано, что «... мы, нижеподписавшиеся организации и отдельные лица, призываем глобальных, национальных и местных лидеров ускорить справедливое внедрение вакцин в каждой стране, начиная с медицинских работников и тех, кто подвергается наибольшему риску COVID-19».

В России также отмечаются ковид-диссидентские настроения в отношении вакцинирования [3]. Принципиальным отличием с международными тенденциями в рассматриваемом аспекте является отсутствие дефицита вакцин и равный доступ к ним в России в отличие от многих стран мира.

Заключение. Условия самоизоляции спровоцировали и усилили такие негативные явления как инфодемия и цифровой аутизм, прогрессирование которых усугубляет психологическое напряжение в обществе. В связи с этим возрастает востребованность социолого-психологических инструментов воздействия через социальные сети, профессиональные сообщества, масс медиа и т.п. Особенное внимание в этом контексте необходимо уделить мониторингу негативных тенденций в молодежной среде. Наиболее адекватна для таких мероприятий образовательная среда, в условиях которой возможна интеграция социально-психологической коррекции в рамки учебного процесса даже в условиях дистанционного образования [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доника А. Д., Доника Д. А. Медико-социальные и этико-правовые последствия пандемии COVID-19. Монография. – Тамбов, 2021. – 80 с.
2. Декларация о равенстве вакцин. [Электронный ресурс]: режим доступа: <http://rm.coe.int/declaration-who/1680a17689> (Дата обращения: 10.03.2021).
3. Филиппов А. В. Уроки пандемии: этика безопасности // Биоэтика. – 2021. – № 1 (27). – С. 32–35.
4. Шкарин В. В. Волгоградский опыт гуманитарного образования в медицинском вузе // Биоэтика. – 2020. – № 1 (25). – С. 22–27.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НА ДОДИПЛОМНОЙ СТАДИИ

Еремина Мая Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В условиях экстремальных ситуаций возрастают требования к оказанию профессиональной сестринской помощи. Одной из важнейших профессиональных задач медицинской сестры является комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий в любых условиях, в том числе и в условиях чрезвычайных ситуаций. При оказании медицинской помощи пациентам в очаге чрезвычайных ситуаций эпидемиологического характера медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, т.е. действовать профессионально, невзирая на окружающую обстановку [1; 2].

Актуальность темы обусловлена тем, что в условиях пандемии COVID-19 готовность медицинских сестер осуществлять профессиональную деятельность снижается, вследствие значительных психоэмоциональных нагрузок, вызванных наличием реальной витальной угрозы, непредсказуемости развития событий. Это подчеркивает остроту воздействия психогенных факторов, которые непосредственно вызывают негативные изменения в структуре личностных характеристик и влияют на психическое состояние медицинского персонала во время чрезвычайных ситуаций эпидемиологического характера, что оказывает прямое действие на качество выполнения своих непосредственных обязанностей медицинскими сестрами [3, 4].

С целью исследования психологической готовности медицинских сестер к профессиональной деятельности в условиях пандемии COVID-19 нами проведено исследование с помощью авторской методики на модельной группе студентов медицинского колледжа выпускного курса по профилю «Сестринское дело» (N=30).

В результате исследования выявлено, что большинство (53,3% (n=16)) обеспокоены эпидемиологической ситуацией в связи с распространением COVID-19, 43,3% (n=13) относятся к данной проблеме нейтрально и 3,3% (n=1) респондентов отрицают наличие пандемии в мире и не считают ситуацию серьезной.

Выявлено, что к работе в сложившихся условиях эпидемической обстановки считают себя готовыми 26,7% (n=8) студентов медицинского колледжа, 46,7% (n=14) не готовы рисковать в данный период времени и 26,7% (n=13) затрудняются ответить на заданный вопрос.

При этом на вопрос о готовности к работе в медицинском учреждении с пациентами с подтвержденной коронавирусной инфекцией, процент отрицательных ответов достиг 60% (n=18), с другой стороны, частота положительных ответов возросла до 30% (n=9), воздержались от точного ответа 10% (n=3) опрошенных.

Анализ ответов на следующий вопрос, отразил альтруистические качества студентов колледжа ВолгГМУ, а также направленность на работу в коллективе, не смотря на возможную угрозу своей жизни. 50% (n=15) респондентов готовы помочь коллегам в ликвидации пандемии в связи с COVID-19, 23,3% (n=7) не готовы и 26,7% (n=8) опрошенных затруднились ответить на данный вопрос.

При выяснении причин переживаний респондентов по поводу пандемии среди студентов-выпускников медицинского выявлены основные проблемы и переживания студентов: 23,3% (n=7) респондентов отметили, что переживают за членов своей семьи, 10% (n=3) обеспокоены низкой оплатой труда, 6,7% (n=2) беспокоит проблема нехватки индивидуальных средств защиты. И 57,7% (n=17) студентов волнуют все перечисленные факторы.

В результате проведенного опроса выявлено, что к работе в сложившихся условиях эпидемической обстановки считают себя готовыми только 26,7% студентов медицинского колледжа. Однако, многие из опрошенных (50%) имеют высокий альтруистический потенциал и готовы помочь коллегам в ликвидации пандемии в связи с COVID-19. При этом большая часть студентов (60%) не готова к поездкам в другие города для помощи в ликвидации пандемии. Противоречивые результаты свидетельствуют о переживаниях студентов по поводу многих факторов сложившейся ситуации, так как пандемия COVID-19 – это идеальная модель ЧС, т.к. ей присуще практически все проблемы, которые возникают в ЧС [5]:

- неожиданность, требующая неотложных действий;
- дефицит медицинских ресурсов,
- последствия, угрожающие здоровью населения

Таким образом, профессиональная готовность студентов медицинского колледжа выпускного курса к работе в условиях чрезвычайной ситуации эпидемиологического характера – пандемии COVID-19 сформирована не полностью и требует дополнительных мероприятий психологической подготовки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Donika, A. D., Poroykiy, S. V., Eremina, M. V., Koroleva, M. M., Kovrizhnykh, D. V. Methods of evaluation of neuro-psychological stability for the diagnostics of preozological status in extreme conditions. International Journal of Pharmaceutical Research. – 2019. – Т. 11. – № 1. – P. 184–187.
2. Donika, A. D., Eremina, M. V., Chekanin I. M., Kalinchenko E. I., Samoshina E. A. Assessment of the neuropsychic stability of a doctor in the context of readiness for work in emergency situations. Revista de Psicología. – 2020. – Т 8. – P. 213–215
3. Donika A. D. Modern trends of research of professiogenesis problem on the model of medical specialties: Human Ecology (Russian Federation). – 2017; 2:52-56.
4. Еремина М. В. Социально-психологическая направленность врача в контексте готовности к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Готовность Всероссийской службы медицины катастроф к реагированию и действиям при чрезвычайных ситуациях – важный фактор повышения качества и доступности медицинской помощи пострадавшим при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях», г. Казань, 12-13 октября 2016. – Казань. –М. : Изд-во ФГБУ «ВЦМК «Защита». – 2016 – С. 65–66.
5. Brazeau C. N., Shanafelt T., Durning S. J., Massie F. S., Eacker A., Moutier C., Satele D. V., Sloan J. A., Dyrbye L. N. Distress among matriculating medical students relative to the general population. Academic Medicine, 2014, 89(11):1520-5.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ СРЕДСТВ В ВУЗЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

***Ефремова Наталия Владимировна,
Чигринова Екатерина Александровна***

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Пандемия Covid-19 кардинально изменила механизмы и формы преподавания и внесла свои коррективы в использование коммуникационных сетей. В настоящее время высшее образование получило интенсивный толчок, доминантной составляющей которого стали информационные технологии и мультимедиа, обучающие программы, аудио- и видеоматериалы, платформы.

Под мультимедийными технологиями мы понимаем совокупность таких средств обучения как видео, презентации, музыкальное сопровождение графические изображения в интерактивном режиме. Новая учебная среда имеет большое значение в развитии творческого потенциала учащихся, развитии их интереса к учебе, научной деятельности.

Современный подход подразумевает использование мультимедийных технологий на каждом этапе обучения для оптимизации умственного труда. Формы работы, предполагающие использование мультимедийных средств – это изучение новой лексики, фонетики, знакомство с новыми звуками и отработка правильного произношения, обучение каллиграфии и грамматике, создание диалогов и работа над ними, что позволяет решить ряд дидактических задач, пополнить словарный запас учащихся, сформировать навыки работы с медицинским текстом, расширить знания об окружающем мире, сформировать мотивированную личность для обучения, потому что невозможно обучить немотивированного человека: «Если раньше большую часть теоретической информации студент получал от педагога, часть материала закреплялась в момент озвучивания ее сокурсниками (условно можно назвать «ответ у доски»), теперь же большую часть информации ему приходится получать самостоятельно и объем полученных знаний целиком зависит от него» [1].

Использование мультимедиа дает более точное понимание учебного материала, что повышает качество обучения, оптимизируя понимание и запоминание нового материала. Заданий, как правило, становится больше, возрастает темп изучения материала, повышается роль самостоятельной работы

как во время занятия, так и дома. Поэтому именно мультимедийные программы позволяют детально проработать новый материал, тренировать и выработать навыки, контролировать изученное, повышают роль и уровень использования наглядности на занятии, индивидуализировать обучение, усилив роль студента как субъекта учебной деятельности, появляется возможность моделировать различные ситуации и использовать их в тренировочных упражнениях различного рода. В связи с этим хочется отметить что использование данных технологий становится эффективным только лишь при создании таких условий взаимодействия между студентом и преподавателем, когда:

1. технические средства обеспечивают полноценную и бесперебойную связь между преподавателем и студентом.

2. задания носят диалоговый характер и постоянно способствуют активизации работы студента

3. на каждом этапе студент чувствует контроль своей работы

4. мультимедийные средства не заменяют преподавателя, а только дополняют его работу.

Мультимедийные технологии обеспечивают вовлечение в учебный процесс одновременно сразу нескольких чувств учащегося, поэтому, при активном восприятии студент может усвоить материал на 70%. Также, при различных подходах в преподавании материала, групповом, индивидуальном и самостоятельном возможна настройка скорости изучения материала, его объема и степени трудности. Знания, полученные с использованием мультимедиа, являются более устойчивыми и лучше запоминаются, их легче воспроизвести. Таким образом, образовательный потенциал мультимедиа-средств определяет более глубокий подход к обучению. Однако само по себе использование мультимедийных средств не способствует осмыслению информации обучаемыми, здесь сильно возрастает роль преподавателя как координатора работы студента.

Воспитание творческой личности – задача всей системы образования, поскольку в процессе познавательной творческой деятельности обучаемый осознает свою значимость, реализует себя как личность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Игнатенко О. П., Фатеева Ю. Г. Несколько слов о проблемах дистанционного обучения иностранных студентов в вузах России // Вестник тульского государственного университета. Серия: современные образовательные технологии в преподавании естественнонаучных дисциплин. – 2020. – № 1 (19). – С. 7–10.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВНЕАУДИТОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

***Ефремова Наталия Владимировна,
Чигринова Екатерина Александровна***

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Система образования постоянно развивается, появляются новые методики, формы и способы обучения. Последние несколько десятилетий активно стали появляться онлайн-площадки для улучшения личностных качеств человека, повышения уровня успеваемости по различным учебным дисциплинам.

В период пандемии COVID-19 высшие учебные заведения пересмотрели виды учебной работы со студентами. Д. В. Коврижных и Ю. Г. Фатеева отмечают, что «новый 2020/2021 учебный год привнес такие особенности, с которыми не приходилось сталкиваться ранее – от проведения приемной кампании в онлайн формате, до курации иностранных студентов в дистанционном режиме» [1].

Изменения коснулись не только проведения лекций, практических занятий, но и организации внеаудиторной работы, которая является одним из важных компонентов адаптации иностранных студентов к жизни и учебе в новой стране. Данный вид работы проводится с обучающимися в свободное от занятий время, способствует развитию знаний в рамках изучаемой темы, умений и навыков в поиске, систематизации и оформлении найденной информации.

Особое значение обозначенный вид деятельности приобретает при изучении русского языка как иностранного, поскольку помимо образовательной и воспитательной задач, на первое место выдвигается «развитие речевых навыков и умений» [2].

В ВолгГМУ на кафедре русского языка и социально-культурной адаптации всегда особое внимание уделялась проведению внеаудиторных мероприятий, посвященных таким темам как: «Русский чай», «Сталинградская битва», конкурс чтецов, уроки дружбы – все они проводились в аудиториях или на других площадках в оффлайн-режиме.

С переходом занятий в дистанционный формат внеаудиторная работа, реализуемая преподавателями кафедры, была полностью пересмотрена и реорганизована. Активная цифровизация образования, запрет на многолюдные

встречи, отъезд иностранных студентов в родные страны поспособствовали поиску и изучению новых информационно-коммуникационных технологий для проведения тематических онлайн-встреч с иностранными студентами.

Вместе с новой формой обучения появились и проблемы, основная из которых – полное исключение межличностного взаимодействия: «...молодые люди лишены возможности общаться непосредственно ... глаза в глаза, тем самым они теряют возможность получить бесценный жизненный опыт» [3].

Преподаватели кафедры русского языка и социально-культурной адаптации ВолгГМУ начали активно искать способы привлечения студентов к онлайн-общению, знакомству с русской культурой, историей города Волгограда, медицинским университетом. До пандемии COVID-19 первокурсники совместно со старшекурсниками, кураторами или преподавателями кафедры русского языка присутствовали на экскурсиях по городу, университету, учебным базам, поликлиникам и больницам.

С переходом на онлайн-обучение возросло количество внеаудиторных мероприятий. Такое решение было принято для реализации адаптационных мероприятий иностранным студентам второго курса, проучившимся первый год дистанционно.

В 2021 году в рамках Зимней школе ВолгГМУ кафедра русского языка и социально-культурной адаптации провела более 10 масштабных встреч (интерактивная лекция «Россия-часть моей души», «Магия русских гласных», «Фестиваль русского языка», «Код науки», «Волгоград на карте России и мира» и другие), каждая из которых собирала большое количество иностранных слушателей. Из названия мероприятий можно сделать вывод об их обучающей, воспитательной и просветительской направленности.

Онлайн-экскурсия «Волгоград на карте России и мира» получила положительные отклики и благодарности от иностранных студентов, которые из-за ограничительных мер находились в своих странах. Для подготовки обозначенной экскурсии в первую очередь был проведен опрос среди студентов старших курсов. Именно они помогли определить вопросы, интересующие всех студентов: жизнь в общежитии университета; распорядок дня студента-медика, исторические места в городе-герое, вечерний город, зимний Волгоград и его развлечения, спортивная жизнь студента, знакомство с университетом и другие. Работа над мероприятием была проведена в несколько этапов:

1. организационно-установочный (определение состава групп, отвечающих за подготовку видеоматериалов по каждой из установленных тем);

2. разработка плана экскурсии (формулировка главной цели, основных задач видео-сообщения);

3. выбор электронных программ, способа подачи и оформления материала. Основным средством передачи информации стал короткий видеоролик с использованием субтитров на русском и английском языках и длительностью около трех минут;

4. составление текстов выступлений студентов, а также их проверка преподавателями кафедры русского языка и социально-культурной адаптации;

5. проверка видео материала, подготовка сценария мероприятия;

6. проведение онлайн-экскурсии, обратная связь со зрителями;

7. публикация видеоматериалов на странице кафедры в социальной сети Instagram* (https://instagram.com/vsmu_russianlang?utm_medium=copy_link).

Ведущими онлайн-экскурсии стали иностранные студенты англоязычного отделения из разных стран, выступившие агентами социализации для первокурсников.

Внеаудиторная работа, включающая подобные онлайн-экскурсии, способствует не только улучшению языковых навыков, но и формированию эмоционального спокойствия у иностранных студентов, которые творчески и информативно продемонстрировали особенности студенческой жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коврижных Д. В., Фатеева Ю. Г. Особенности организации внеучебной и воспитательной работы с иностранными студентами в условиях пандемии COVID-19 // Региональный аспект развития экспорта российского образования: вызовы, тенденции, перспективы : сборник докладов и статей по результатам научно-практической конференции 18 ноября 2020 г. / Карельский филиал РАНХиГС. – Петрозаводск : КарНЦ РАН, 2020. – С. 24-32.

2. Дмитриева Д. Д., Рубцова Е. В. К вопросу о внеаудиторной воспитательной работе с иностранными студентами-медиками в процессе обучения русскому языку (на примере кафедры русского языка и культуры речи КГМУ) // Карельский научный журнал. – 2017. – Т. 6. – № 4 (21). – С. 33–36.

3. Игнатенко О. П., Фатеева Ю. Г. Несколько слов о проблемах дистанционного обучения иностранных студентов в вузах России // Вестник тульского государственного университета. Серия: современные образовательные технологии в преподавании естественнонаучных дисциплин. – 2020. – № 1 (19). – С. 7–10.

* Предупреждение: Instagram – соцсеть, запрещенная в России с марта 2022 г.

ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Жирякова Екатерина Фёдоровна, Беспалова Ксения Алексеевна

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

Пандемия COVID-19 в 2019-2020 затронула все сферы жизни общества. Вузы страны, в том числе и медицинские, были вынуждены перейти на дистанционное обучение, чтобы соблюдать режим самоизоляции и социальную дистанцию в целях предотвращения распространения инфекции [1]. Дистанционное обучение – совокупность технологий, которые позволяют обучающимся получить основной объем изучаемой информации в режиме онлайн благодаря интерактивному общению с преподавателями, а также позволяют осуществлять самостоятельную работу для освоения материала [4]. Использование дистанционных технологий и расширение объема самостоятельной работы учащихся позволило успешно завершить учебный год и перейти к контролю полученных знаний на зачетах и экзаменах [2].

Для того чтобы обозначить проблемы, которые возникли в таком формате, мы должны выделить положительные аспекты. Важным плюсом можно назвать рациональное распределение и экономию времени, так как обучающимся не требуется тратить несколько часов на дорогу. Еще одним положительным моментом является быстрая приспособляемость студентов к онлайн-формату обучения. Именно этому контингенту людей удастся лучше воспринимать с помощью 3D-моделей, видеоматериалов, анимационных и звуковых эффектов новую для них информацию. Также можно выделить – получение незамедлительной квалифицированной помощи от преподавателей, способность выбрать оптимальный темп освоения материала, включающего повторное возвращение к сложным вопросам. Так же с переходом на дистанционное обучение стало намного проще контролировать посещаемость студентами занятий, так как информация об этом четко фиксируется на техническом уровне, полностью исключая влияние человеческого фактора, например, когда староста группы не отметил отсутствующих.

Но несмотря на многочисленные преимущества обучения в онлайн-формате, существует ряд недостатков, которые невозможно не учитывать. Обратимся к минусам дистанционного обучения, связанными с практическим освоением навыков в период пандемии. Для студентов медицинских вузов не все так просто, ведь согласно программам обучения, для студентов-медиков предусмотрена практика, которая является необходимой формой подготовки будущего врача и не может быть проведена только путем удаленного обучения. Согласно приказу от 27.04.2020 Минздрава России № 378, Минобрнауки России № 619 «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам высшего медицинского образования в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» в период пандемии COVID-19 для студентов старших курсов медицинских вузов практика была организована в более ранние сроки, что позволило им при желании работать в инфекционных госпиталях в качестве медицинских работников (в первую очередь, медицинских сестер) [3]. Студенты 1–3 курсов не могут работать в больницах, так как не имеют необходимых навыков.

Встает вопрос о проведении практических занятия в очном формате для начальных курсов медицинских вузов, поскольку они является неотъемлемой частью обучения будущего врача. Такие дисциплины, как анатомия, химия и первая помощь не могут быть вполне изучены в дистанте, ведь в домашних условиях невозможно рассмотреть препараты, провести полноценную лабораторную работу или отработать навыки сердечно-легочной реанимации на манекене. И, к сожалению, на этом недостатки не заканчиваются. К минусам можно отнести так же тот факт, что студенты мало взаимодействуют друг с другом, из-за чего коммуникативные навыки, которые так важны в профессии врача, утрачиваются. При онлайн обучении следует понимать, что не у всех студентов имеется необходимое техническое обеспечение в связи с разным материальным положением, что может вызывать трудности. Один из самых главных недостатков дистанционного образования является большая нагрузка на органы зрения, из-за чего уже сейчас у многих студентов возникают проблемы со здоровьем. Ну, и, конечно, не стоит забывать о психологическом состоянии студентов. При переходе на удаленный режим обучения, может возникать

апатия, пропадать мотивация к изучению нового материала. В онлайн формате намного легче подглядеть, списать, из-за чего студенты, сами того не осознавая, готовятся хуже, чем к очным занятиям.

Принимая во внимание все вышеизложенные факты, можно сделать вывод: у дистанционного обучения есть ряд преимуществ и недостатков, и в подготовке будущих врачей необходимо найти баланс между онлайн и офлайн форматами проведения занятий. Самым лучшим вариантом является разумное их сочетание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агранович Н. В., Агранович О. В., Анопченко А. С., Дервянко Т. И., Кнышова С. А. Реализация дополнительного профессионального образования в медицинском вузе в период пандемии COVID-19 // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 2. [Электронный ресурс]. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30600> (дата обращения: 06.10.2021).

2. Алексеева А. Ю., Балкизов З. З. Медицинское образование в период пандемии COVID-19: проблемы и пути решения // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. №2 (38). [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskoe-obrazovanie-v-period-pandemii-covid-19-problemy-i-puti-resheniya> (дата обращения: 09.10.2021).

3. Ведунова М. В., Абаева О. П., Организация практической подготовки студентов медицинских специальностей в условиях пандемии COVID-19 // ГЛАВВРАЧ №9 2020.

4. Леванов В. М., Перевезенцев Е. А., Гаврилова А. Н. Дистанционное образование в медицинском вузе в период пандемии COVID-19: первый опыт глазами студентов // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2020. №2. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/distantcionnoe-obrazovanie-v-meditsinskom-vuze-v-period-pandemii-covid-19-pervyy-opyt-glazami-studentov> (дата обращения: 09.10.2021).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОРГОВЫХ ПЛОЩАДОК В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ (COVID-19) КАК АЛЬТЕРНАТИВА КЛАССИЧЕСКИМ ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИНАМ

Залипаева Елена Михайловна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Даниленко Евгений Евгеньевич*

Аннотация. В данный момент в мире очень интенсивно и плодотворно развивается интернет торговля. Эффективным средством вышеупомянутой торговли являются маркетплейсы. Торговые площадки в условиях пандемии COVID-19 приобрели большую популярность, как для покупателей, так и для продавцов товаров и услуг, продолжили совершенствоваться.

В данной статье проведен анализ положения маркетплейсов и интернет-магазинов в нише приоритета для совершения покупок, тенденций роста популярности торговых площадок в условиях пандемии (COVID-19), возможности использования маркетплейсов в качестве альтернативы интернет-маркетов.

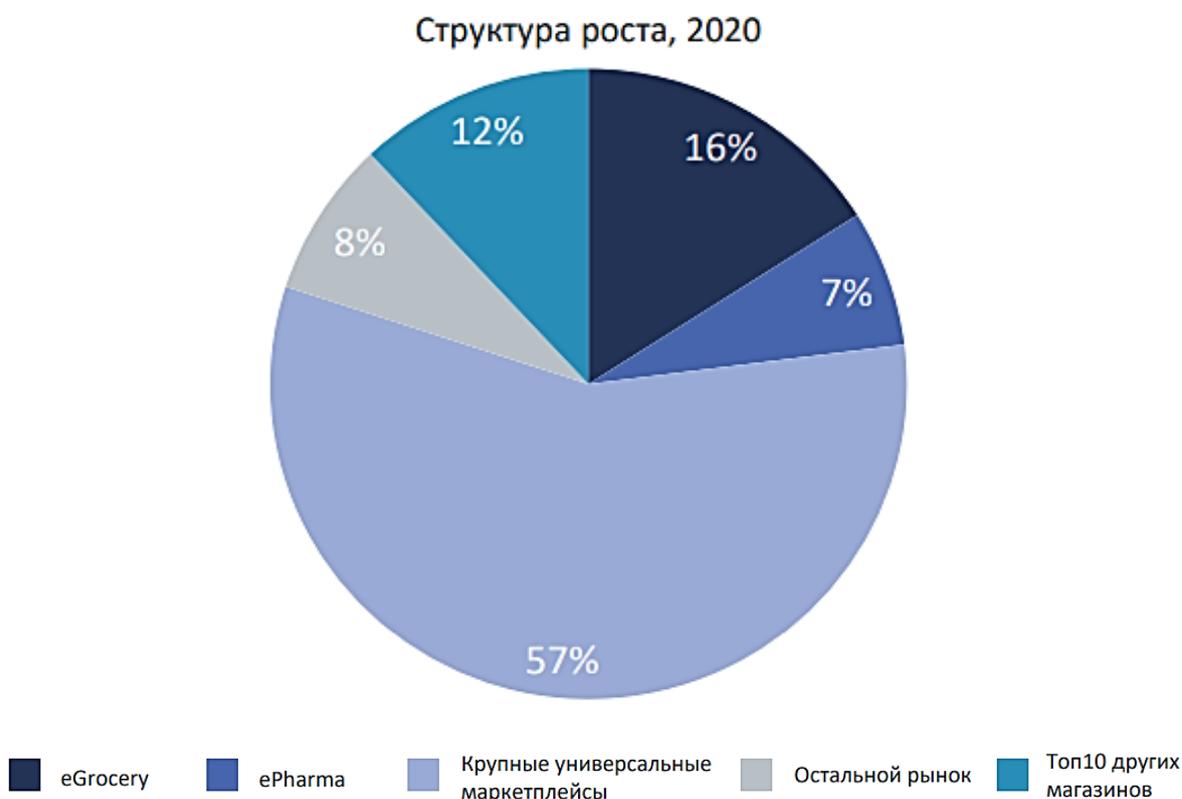
Ключевые слова: электронная коммерция, торговая площадка, маркетплейс, интернет-магазин, пандемия COVID-19.

Значимость интернет-торговли существенно возросла в условиях пандемии. Интернет-рынок имеет такие преимущества как: возможность выбрать и купить товар в любой точке мира, не покидая дом; практичность в сравнении ценовых и технических характеристик выбранных товаров; обширность ассортимента продукции; возможность доставки практически в любую точку мира [1]. Важно разграничить понятия: интернет-маркет и торговая площадка. Торговая площадка объединяет в одном информационно-торговом пространстве поставщиков и потребителей различных товаров и услуг, маркетплейс предоставляет продавцам инфраструктуру для продажи, интернет-магазин – это онлайн-торговая точка, имеющая уникальное доменное имя, в отличие от маркетплейса интернет-магазин является представителем всего одной компании или бренда. Цель проведенной работы: определить, стали ли торговые площадки в условиях пандемии (COVID-19) альтернативой классическим интернет-магазинам.

По данным DataInsight, объём рынка интернет-торговли в России в 2020 году составил 2,7 трлн. рублей, было выполнено 830 млн. заказов. Чуть меньше половины продаж пришлось на маркетплейсы (Wildberries, Ozon, «Aliexpress Россия» и «Яндекс.Маркет»): количество заказов через торговые площадки – выросло на 78% за год до 405 млн., а их общий оборот – на 108% до 721 млрд. рублей. Средний чек на маркетплейсах составил 1780 рублей [2].

✓ Структура роста за 2020

За 2020 год количество выполненных заказов увеличилось на 365 млн. Из них самый большой рост наблюдался у крупных универсальных маркетплейсов – 57%.



Источник: данные Data Insight, март 2021

Рис. 1. Структура роста онлайн-заказов за 2020 год

Нами был проведен опрос среди студентов разных ВУЗов, школьников 10-11 классов, также работников различных сфер. Опрос прошли 112 человек. На рисунке 2 представлено, что 93,8% респондентов использовали торговые площадки.

Пользовались ли вы когда-либо торговыми интернет площадками ?

65 ответов

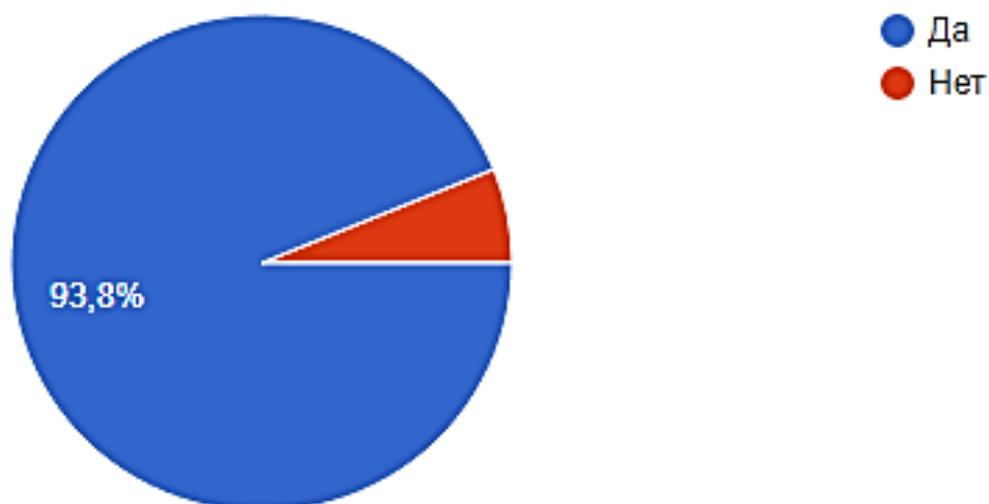


Рис. 2. Количество ответов респондентов о пользовании торговыми площадками

По результатам опроса, достоинство маркетплейсов перед обычными интернет-магазинами – это быстрота и простота оформления заказа, большой ассортимент товаров различных категорий, нежели в интернет-магазине, ковидная безопасность.

Как Вы думаете, в чем преимущества маркетплейсов\торговых площадок (OZON, Wildberries, Яндекс. Маркет) перед обычными интернет-магазинами?

65 ответов

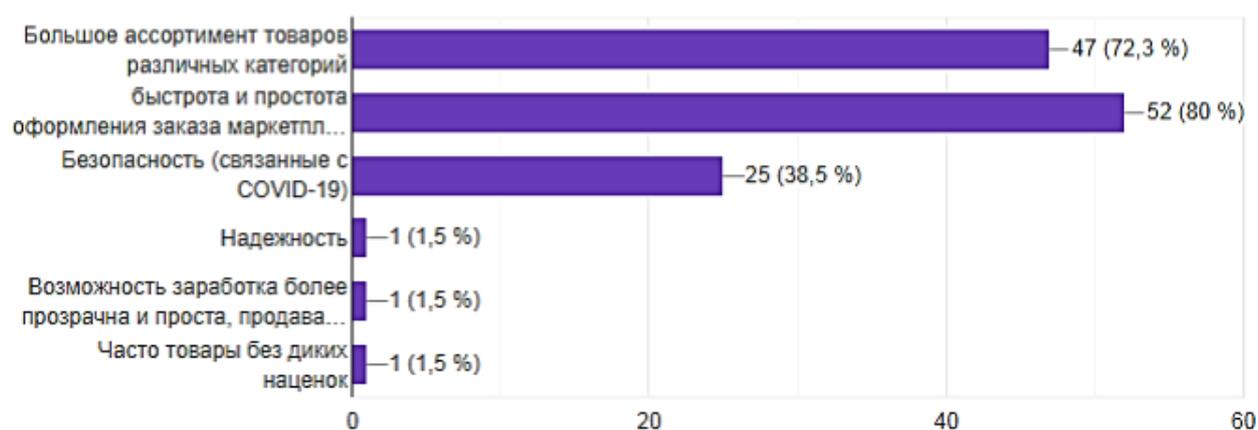


Рис. 3. Количество ответов респондентов о преимуществах маркетплейсов

При сравнении маркетплейсов и интернет-маркетов выявлены результаты, представленные на рисунке 4.

Как Вы думаете, в чем недостатки маркетплейсов\торговых площадок (OZON, Wildberries, Яндекс. Маркет) перед обычными интернет-магазинами?

57 ответов

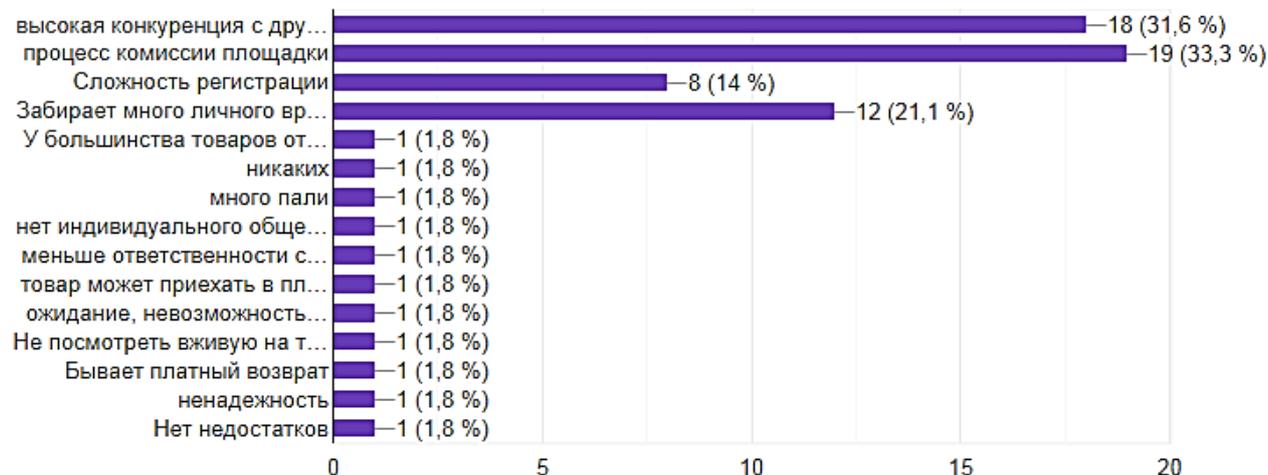


Рис. 4. Количество ответов респондентов

Респонденты отмечают следующие минусы торговых площадок: процесс комиссии площадки, высокую конкуренцию, сложность регистрации, большое количество подделок.

Итак, маркетплейсы и в целом интернет-торговля увеличили свой товарно-денежный оборот за время пандемии COVID-19, торговые площадки привлекают предпринимателей простотой регистрацией, а покупателей – большим ассортиментом товаров и работой в любое время суток. На основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что и для покупателя, и для продавца товаров и услуг, в последнее время существенно возросла роль торговых площадок на основании их преимуществ перед классическими интернет-магазинами. Маркетплейсы можно считать альтернативой интернет-магазинам, но не во всех аспектах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каталог лидеров онлайн торговли [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://a-cto.narod.ru/catalog/shops.html>
2. DataInsight [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://datainsight.ru/sites/default/files/DI_eCommerce2020.pdf

COVID-19 КАК ДРАЙВЕР РОСТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА

Ивко Милана Сергеевна, Рубцова Марина Константиновна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Среди отраслей социальной сферы особое место занимает здравоохранение, в состав которого входит фармацевтика. В настоящее время фармацевтическая промышленность является востребованной и прогрессивной отраслью на мировом рынке. Разработка, производство и реализация фармацевтической продукции оказывают непосредственное влияние на национальную безопасность и экономическое благополучие государства.

Мировой фармацевтический рынок можно определить, как сложную социально-экономическую систему, основное назначение которой заключается в оказании услуг по обеспечению потребителей лекарственными средствами [1]. По итогам 2019 года мировой фармацевтический рынок составил 1,24 трлн долл. США. За последние 15 лет среднегодовые темпы прироста объема глобального рынка лекарственных средств составили 6,5 % [2]. По прогнозам аналитиков, его объем, а к 2023 году составит более 1,5 трлн долл. США [2].

В условиях пандемии COVID-19 фармацевтическая промышленность оказалась одной из отраслей, пострадавших в меньшей степени. В то же время кризис в той или иной степени коснулся многих компаний. В августе этого года компания Proclinical представила рейтинг ведущих фармацевтических компаний 2020 г., опираясь на данные об их выручке за 2019 г. [3]. Тройку лидеров составили Roche, Pfizer и Johnson&Johnson. Высокие позиции в мировом рейтинге удерживают Merck и Novartis, а самый высокий прирост продаж показала Takeda.

Развитие фармацевтической отрасли в РФ эволюционирует от преимущественного импорта препаратов до развития собственной производственной базы, позволяющей в настоящее время производить аналоги инновационных лекарственных средств и постепенно переходить на инновационный путь развития.

За прошедший год на фармацевтическом рынке России произошёл ряд преобразований, во многом обусловленных влиянием пандемии коронавируса на развитие отрасли [4]. Общий объем продаж в коммерческом

сегменте рынка в период первой волны распространения коронавирусной инфекции резко возрос, что было связано со значительным ростом спроса на фармацевтическую продукцию в данный период времени.

В России росту фармацевтического рынка способствует заболеваемость коронавирусной инфекцией, что привело к увеличению государственных закупок, а также росту спроса на лекарственные препараты в коммерческом секторе, применяемые для лечения COVID-19, который в отдельные периоды носил ажиотажный характер [2]. Активное распространение коронавирусной инфекции в России соответствующим образом отразилось на динамике объемов продаж лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке: в период с октября 2019 года по октябрь 2020 года рекордно высокий объем продаж отмечается только в марте 2020 года, когда показатель составил более 127 млрд. руб. и связано с активной фазой первой волны коронавируса [5]. Стабилизация ситуации к концу первого полугодия привела к снижению объемов продаж до нормальных для данного сезона значений, а к октябрю 2020 года на фоне второй волны пандемии такого роста объемов продаж уже не произошло [6].

Прогнозируется, что к 2025 г. сократится и мировой рынок лекарств против COVID-19, достигнув объема 2 млн долл. по сравнению с рекордными 165 млн долл. в 2020 г. [7]. Ожидаемое сокращение объема рынка лекарств от COVID объясняется потенциально ожидаемое внедрение в клиническую практику новых эффективных медикаментов взамен множества экспериментальных и появление альтернативных методов лечения [8].

Несмотря на то что пандемия коснулась всех игроков рынка, она в разной степени затронула фармацевтические компании в зависимости от ассортимента портфеля и размера бизнеса. Интересным представляется исследование, проведенное компанией GlobalData, посвященное сравнительной рыночной капитализации компаний разного размера [3]. Согласно полученным данным, присутствие в портфеле препаратов, применяемых при COVID-19, не оказывало существенного влияния на рыночную капитализацию крупных производителей и больших корпораций. Их бизнес остается наиболее стабильным даже в экономически трудные времена. Тяжелее всего переживают пандемию небольшие компании, в портфеле которых нет препаратов, применяемых для лечения COVID-19 [3]. При наличии

в портфеле хотя бы одного лекарственного препарата, применяемого при COVID-19, кардинальным образом меняло ситуацию для компаний среднего и небольшого размера.

Необходимо подчеркнуть, что COVID-19 затронул весь мир, но, все же, нельзя не отметить изменения и в положительную сторону – а именно, развитие тех секторов экономики, которые направлены на борьбу с COVID-19 и устранение его последствий.

Влияние пандемии COVID-19 на фармацевтический рынок все еще остается непредсказуемым. Ее последствия включают изменение спроса, пересмотр требований, необходимость дополнительных исследований и разработок, переход к телемедицине. Многие из этих изменений могут оказаться долгосрочными, а также к смене на длительное время приоритетов с концепции потребления к сохранению здоровья населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вардомацкая Л. П. Инновационная маркетинговая стратегия организации фармацевтического рынка // *Jornal of Economic Regulation* (Вопросы регулирования экономики). – 2018. – Т. 9. – № 3. – С. 48–5.
2. Вардомацкая Л. П., Кузнецова В. П., Лилюхин А. М. Мировой фармацевтический рынок и современные особенности его развития // *ББК*. – 2021. – С. 39.
3. Прожерина Ю.М. Мировой фармацевтический рынок: тренд – covid // *Ремедиум*. – 2020. – № 9. – С. 36–44.
4. Овод А. И. Тенденции изменения структуры отечественного фармацевтического рынка в условиях пандемии // *Азимут научных исследований: экономика и управление*. – 2021. – Т. 10. – № 2 (35). – С. 261–263.
5. Черкасова Е. С. Трансформация фармацевтического рынка в России // *Актуальные проблемы и перспективы развития экономики: российский и зарубежный опыт*. – 2021. – № 3. – С. 62–67.
6. Горошко Н. В., Пацала С. В., Емельянова Е. К. Рынок COVID-19-вакцин как новый сегмент мирового вакцинного рынка // *Вестник Кемеровского государственного университета*. Серия: Политические, социологические и экономические науки. – 2021. – № 2 (20). – С. 178–190.
7. Просалова В. С. и др. Развитие фармацевтического рынка России в условиях распространения коронавирусной инфекции // *Азимут научных исследований: экономика и управление*. – 2021. – Т. 10. – № 1 (34). – С. 259–263.
8. Псарева Н. Ю. Стратегия развития фармацевтической и медицинской промышленности: результаты реализации // *Вестник БИСТ*. – 2021. – № 1. – С. 7–13.

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СНАБЖЕНИЕ
ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**
*Калинин Игорь Викторович, Кабакова Таисия Ивановна,
Гацан Владимир Владимирович*

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

В Российской Федерации продолжается пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19, которая явилась испытанием для системы здравоохранения всего мира [1,2]. Лица, содержащиеся под стражей и находящиеся в уголовно-исполнительных учреждениях наиболее уязвимы к заражению коронавирусной инфекцией (COVID-19) в связи с замкнутостью пенитенциарных учреждений [3].

Разработка и реализация ответных мер на вызов COVID-19 в тюрьмах и других местах содержания под стражей представляют особую сложность и требуют подхода, основанного на объединении усилий всех органов власти и всего общества. Планирование действий в чрезвычайных ситуациях играет принципиальную роль для реализации адекватных ответных мер со стороны системы общественного здравоохранения и для обеспечения безопасности и гуманного отношения к спецконтингенту, содержащемуся в пенитенциарных учреждениях [4].

В связи с этим, нами с использованием непосредственного наблюдения, а также методов документального, статистического, экономического анализа проведено научное исследование по организации медицинского снабжения спецконтингента в условиях НКИ COVID-19.

В настоящее время в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) России содержится около 500 тыс. чел. [5].

Изучение Официальных данных показало, что по состоянию на 01.10.2021 было выявлено и лабораторно подтверждено более 3000 случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных. Следует отметить, что объем тестирования

спецконтингента и работников уголовно-исполнительной системы составил более 33 тыс. на 100 тыс. чел., что превышает среднероссийский показатель.

Исследование выполнено на базе одной из 67 медико-санитарных частей – ФКУЗ МСЧ-23 ФСИН России, филиалы которой дислоцированы на территории Краснодарского края и Республики Адыгея, регионах наиболее эндемичных по распространению COVID-19.

Выявлено, что на приобретение лекарственных препаратов для борьбы с НКИ в 2020-2021 гг. пенитенциарной медицинской организацией (ПМО) затрачено более 5 млн. руб.

Нами определено, что для лечения COVID-19 в ПМО используются: 4 МНН ЛП из списка возможных к назначению лекарственных средств для лечения COVID-19 у взрослых, такие как фавипиравир, азитромицин, рекомбинантный ИФН- α , умифеновир; 3 МНН ЛП из списка упреждающей противовоспалительной терапии COVID-19 у взрослых, такие как метилпреднизолон, дексаметазон, гидрокортизон; 1 МНН из списка пероральных антикоагулянтов прямого действия – ривароксабан; 1 МНН препаратов гепарина – эноксапарин натрия; 2 МНН из рекомендованных схем медикаментозной профилактики COVID-19 – рекомбинантный ИФН- α , умифеновир, то есть всего 11 МНН ЛП.

Стоит подчеркнуть, что более 33% денежных средств, затраченных медицинской организацией для закупки лекарственных препаратов и медицинских изделий в 2020 г., использовано на приобретение наборов реагентов для выделения РНК COVID-19, получения кДНК вируса, а также необходимого лабораторного пластика, транспортных сред и зондов для доставки и транспортировки биологического материала. При этом, в 2020 г. тест-системы для проведения ПЦР в режиме реального времени поступали в медико-санитарную часть на безвозмездной основе от центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, а в 2021 г. на их приобретение затрачено более 450 тыс. руб.

Одним из основных способов борьбы с распространением НКИ остается вакцинация [6]. В настоящее время в учреждениях ФСИН России продолжается массовая вакцинация от COVID-19. Установлено, что подавляющее большинство обвиняемых, подследственных, осужденных, а также сотрудников уголовно-исполнительной системы Российской Федерации вакцинировано вакциной МНН – Вакцина для профилактики новой

коронавирусной инфекции (COVID-19), ТН –«Гам-КОВИД-Вак Комбинированная векторная вакцина для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2».

Вышеуказанные данные свидетельствуют, что обстановка по заболеваемости в УИС Российской Федерации остается стабильной и управляемой. Государство принимает необходимые меры для предотвращения распространения инфекции в учреждениях ФСИН России. Спецконтингент обеспечивается лекарственными препаратами для лечения НКИ в необходимом объеме. Вместе с тем, следует проводить постоянный мониторинг заболеваемости и контроль за распространением инфекции в УИС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляков, Н. А. Динамика пандемии COVID-19 и формирование постковидного периода в России / Н. А. Беляков, Т. Н. Трофимова, О. Е. Симакина [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2021. – Т. 13. – № 2. – С. 7–19. – DOI 10.22328/2077-9828-2021-13-2-7-19.

2. Умирова, А. А. Заболеваемость новой коронавирусной инфекцией: анализ ситуации на территории Кабардино-Балкарской Республики / А. А. Умирова, Т. И. Кабакова // Новое слово в науке: стратегии развития: сборник материалов XIV Международной научно-практической конференции (Чебоксары, 30 декабря 2020 года). Чебоксары, 2020. – С. 32–34. – DOI 10.21661/r-553093.

3. Lisa B. Puglisi Estimation of COVID-19 basic reproduction ratio in a large urban jail in the United States/ Lisa B. Puglisi Giovanni S. P. Malloy Emily A. Wang [et al.] // Annals of Epidemiology. – 2020. – Vol. 53. – DOI 10.1016/j.annepidem.2020.09.002. Epub 2020 Sep 9.

4. Профилактика и контроль COVID-19 в тюрьмах и в других местах содержания под стражей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>

5. Краткая характеристика уголовно-исполнительной системы Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fsin.gov.ru/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20har-ka%20UIS/>

6. Tran, V.D. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in a high infection-rate country: A cross-sectional study in Russia / V.D. Tran, T.V. Pak, E.I. Gribkova [et al.] // Pharmacy Practice. – 2021. – Vol. 19. – № 1. – DOI 10.18549/PharmPract.2021.1.2276.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ (НА ПРИМЕРЕ ПАНДЕМИИ COVID-19)

Карелина Дарья Александровна, Рудова Юлия Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Аптеки часто являются первой точкой контакта пациентов с представителями медицинской профессии и собственно системой здравоохранения. На фоне пандемии, медицинские учреждения, в том числе аптеки, сталкиваются с большим потоком пациентов с COVID-19.

Международная фармацевтическая федерация (*International Pharmaceutical Federation*, далее МФФ) включает более 140 национальных организаций фармацевтов, ее членами являются ученые, преподаватели, а также фармацевты со всего мира. Руководствуясь целью поддержания и продвижения фармацевтики, МФФ призвала правительства всех стран активно использовать ресурсный фонд фармацевтов и работников аптек в период пандемии [1].

Цель данной обзорной статьи заключается в описании того, как пандемия влияет на развитие фармацевтической практики в целом, и как фармацевты во всем мире адаптировались к вызовам пандемии COVID-19, в частности. В качестве источника материала для обзора использовались англоязычные статьи, поиск которых осуществлялся в базе данных PubMed на основе ключевых слов *pharmacist*, *COVID-19 pandemic*, *role*. Основным методом исследования в данной работе послужил критический обзор литературы по данной тематике.

Пандемия, вызванная COVID-19, показала, что ученые, фармацевты и аптеки являются важной и неотъемлемой частью системы здравоохранения. Никогда еще спрос на аптеку не был таким высоким, как во время пандемии.

Ученые-фармацевты участвовали в разработке вакцин, перепрофилировании существующих лекарственных препаратов, как правило, имеющее ключевое значение для разработки новых и безопасных средств лечения заболеваний.

Фармацевты больничных аптек продолжают сталкиваться с большим потоком пациентов в больницах, при этом многие из них выходят за рамки своей специальности, оказывая реанимационную помощь. Они также вносят

свой вклад в повышение осведомленности о лечении COVID-19, отслеживая результаты терапии определенными лекарственными препаратами, и участвуя в постоянном апгрейдинге руководств по лечению COVID-19.

Фармацевты общественных аптек обеспечили пациентам непрерывный доступ к лекарственным препаратам, а студенты-фармацевты добровольно вызвались восполнить нехватку рабочей силы. Расширение роли фармацевтов и выход за рамки специальности во многом способствовало снижению нагрузки на систему здравоохранения в период пандемии COVID-19. Это подтверждается результатами проведенного и описанного в англоязычной литературе анализа, в ходе которого выяснили, что фармацевтам отводится важная роль в области консультирования и содействия профилактике заболеваний и инфекционному контролю в качестве медицинских работников первой линии.

Международное сотрудничество фармацевтов разных стран также способствовало тому, что были разработаны более согласованные переведенные руководства для фармацевтического персонала. В период пандемии COVID-19 мы также стали свидетелями того, как еще большее количество аптек с доставкой на дом получили разрешение на повторную выдачу рецептурных лекарств пациентам с хроническими заболеваниями. Одним из примеров такого сотрудничества стало взаимодействие общественных и больничных аптек, а также фармацевтических дистрибьюторов, целью которого явилось устранение препятствий в получении лекарств наиболее уязвимыми группами населения, а также снижение нагрузки на больничные службы.

Одним из самых значимых ответов на вызов пандемии стало внедрение дистанционных технологий, в том числе в фармацевтике. Как показала пандемия COVID-19, отправившая на вынужденную самоизоляцию миллионы жителей по всему миру, системы телемедицины с возможностью видеосвязи стали незаменимым атрибутом удаленного приема, ведения и лечения больных. Например, в апреле 2020 года правительство Австралии объявило, что фармацевты могут предоставлять услуги по обзору лекарственных препаратов с помощью средств телемедицины.

Известно, что профилактика лучше лечения, и глобальный опрос в 99 странах, проведенный МФФ в прошлом году, показал, что вакцинация на базе аптек доступна по крайней мере в 36 странах и предлагалась или

разрабатывался подход к ее внедрению еще в 16 странах. С момента разработки вакцин против COVID-19 стало очевидно, что все больше стран признают важную роль аптек в программах вакцинации. Например, в США началась вакцинация для определенных групп населения в аптеках [2]. В Германии фармацевты помогают в вакцинации COVID-19 через мобильные группы, которые с конца декабря 2020 года вакцинировали тысячи людей против коронавируса.

Еще одна роль, которую фармацевты освоили во время этой пандемии, – это диагностическое тестирование на COVID-19. МФФ призвала правительства стран поддержать инициативу тестирования на COVID-19 в условиях аптек. По заявлению федерации, диагностическое тестирование является одним из наиболее важных аспектов борьбы с пандемией [3].

Ни одна болезнь в современной истории не принесла столько значимости фармацевтической профессии, сколько COVID-19. Бремя болезней, существовавшее до COVID-19, сохраняется, и некоторые из них могут усугубиться из-за возникающих социально-экономических проблем. Чтобы предотвратить ухудшение здоровья и обеспечить безопасность пациентов, как никогда раньше будут нужны фармацевты.

Будущее и потенциал фармацевтической профессии впечатляют, но они зависят от наличия достаточного количества фармацевтов с необходимой квалификацией и навыками. Цели развития фармацевтической профессии, обозначенные МФФ в сентябре 2020 года, стоят во главе угла подготовки квалифицированных и востребованных профессиональных ресурсов.

Подводя итог, перечислим основные факторы, определяющие расширение роли и выход за рамки специализации фармацевтов в период пандемии: во-первых, необходимость в разработке вакцин и перепрофилировании существующих лекарственных препаратов; во-вторых, активное привлечение фармацевтов к обновлению руководств по лечению заболеваний; в третьих, участие фармацевтов в вопросах консультирования и содействия профилактике заболеваний; в-четвертых, необходимость во взаимодействии различных фармацевтических структур, в том числе общественных и больничных аптек, фармацевтических дистрибьюторов и др. с целью снижения нагрузки на больничные структуры при обеспечении определенных групп населения необходимыми лекарственными препаратами; в-пятых,

необходимость в международном сотрудничестве по разработке руководств для работы фармацевтического персонала в период пандемии; в-шестых, применение в фармацевтике дистанционных технологий консультирования врачей и пациентов по вопросам лекарственных препаратов, и, наконец, использование аптек в качестве потенциальной площадки для вакцинации.

Перспективным представляется проведение на основании выполненного обзорного исследования социологического опроса (опроса и анкетирования ученых-фармацевтов, преподавателей, работников больничных и общественных аптек) о проблемах и перспективах изменения роли фармацевта в период пандемии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP Digital health in pharmacy education. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2021.
2. American Pharmacists Association. President-elect Joe Biden delivers remarks about plans to distribute COVID-19 vaccinations [Video] [accessed 01/27/2021]. Available at: www.youtube.com/watch?t=618&v=k8AfQ5PL_JU&feature=youtu.be
3. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding the Pharmacy Partnership for Long-Term Care Program [Internet] [accessed 01/27/2021]. Available at: www.cdc.gov/vaccines/covid-19/long-term-care/pharmacy-partnerships.html

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ
В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ,
ВКЛЮЧАЯ СПОРТ И ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Китов Даниил Дмитриевич

Россия, ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»

Научный руководитель:

кандидат экономических наук Екатерина Владимировна Беликова

В условиях кризиса COVID-19 становится особенно актуальной государственная поддержка спортивной индустрии, оказавшейся в чрезвычайно затруднительном положении. «Европейская платформа по инновациям в области спорта» обозначает меры, необходимые для поддержки спортивной индустрии в Европе [1]:

1. Обеспечение спортивной индустрии финансовыми средствами, направленными на защиту рабочих мест, сотрудников и самозанятых от угрозы увольнения и потери дохода.

2. Смягчение правил, касающихся получения государственной помощи, с целью предоставления налоговых послаблений организациям, занимающихся развитием спорта (подобно тому, как это реализовано в других областях экономики).

3. Стимулирование инновационных программ для предприятий в области спорта с целью преодоления существующих социальных вызовов.

4. Предоставление займов для обеспечения ликвидности спортивных клубов и других ассоциаций через существующие финансовые инструменты (например, «Европейский инвестиционный банк») или путем создания новых.

5. Создание государственных и частных фондов солидарности для любительских спортивных клубов и ассоциаций и их сотрудников, включая внешних тренеров и внештатных работников – самозанятых лиц.

6. Создание новых возможностей финансирования в качестве инновационных путей содействия развитию спорта и физической активности в период, когда люди ограничены в передвижении.

Оказание помощи школам и преподавателям физкультуры для продолжения обучения с помощью эффективных и безопасных цифровых средств.

Основная поддержка индустрии спорта оказывается национальными правительствами. В то же время предпринимаются попытки оказания содействия со стороны спортивных организаций (федераций, ассоциаций и других объединений), а также на наднациональном уровне [2].

Министерство спорта Российской Федерации запустило интернет-портал «Тренируйся дома», призванный помочь всем желающим найти оптимальный способ укрепления физической формы в домашних условиях. Портал стал развитием движения «Тренируйся дома. Спорт – норма жизни», которое Минспорт России инициировал в социальных сетях для популяризации занятий спортом в период самоизоляции в условиях распространения коронавирусной инфекции. [3]

Спросом у фанатов пользуются трансляции видеоигр, в которых компьютерными игроками управляют сами профессиональные спортсмены, свободные из-за отмены тренировок, а также онлайн-мероприятия в социальных медиа с участием действующих и бывших игроков. А телеканал NBC, например, с использованием видеоигр проводит трансляции симуляций, отмененных баскетбольных и хоккейных матчей [4].

Обеспокоенность профессиональных участников спортивной деятельности также связана с оценкой последствий COVID-19 для здоровья спортсменов и необходимостью вынужденного изменения медицинских регламентов.

Таким образом, население многих стран находилось в режиме самоизоляции и многие предприятия, учреждения были закрыты. В связи с этим, это сильно ударило по экономике многих стран, повысились цены и в целом недовольство населения, которое могло бы перерасти в нечто большое. Несмотря на это, правительство многих стран разрешило людям выходить на улицу с целью занятий физической культурой. Помимо занятий физической культурой на улице, известные фитнес тренеры стали преподавать тренировки на популярных онлайн площадках таких как Instagram*, YouYube и др. В период карантина существенно возросла популярность физической культуры и спорта как общественного движения.

* Предупреждение: Instagram – соцсеть, запрещенная в России с марта 2022 г.

После послабления карантинных мер и открытия фитнес центров, повысился спрос на фитнес-услуги и спортивные товары. Такой фактор позволит восстановить убытки, которые фитнес-центры, потеряли в скором времени. Этот и другие основания поспособствовали улучшению общего состояния населения и, возможно, ускорило процесс выздоровления людей с более тяжелой формой заболевания COVID-19.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. RBK Телеканал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/> свободный – (04.09.2021)
2. Счетная палата Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ach.gov.ru/news/kak-koronavirus-menyat-mir-sporta-otmena-meropriyatii-sorevnovaniya-bez-bolelshchikov-i-erokha-kibe> свободный – (05.10.2021).
3. Спорт в условиях пандемии COVID-19 // Счетная палата Российской Федерации, 2020.
4. <https://sport.rambler.ru/premier-league/>

ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕГОВОРНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Кодобаева Светлана Маратовна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Переговорный процесс – это вид межличностного взаимодействия сторон, направленный на организацию сотрудничества или разрешения конфликта и оформленный документально. Проще говоря, переговорный процесс является формой делового общения, целью которого является достигнуть соглашения между сторонами, а в результате подписывается договор, гарантирующий выполнение условий, которые обсуждались во время переговоров. [1]

Переговоры предполагают наличие несовпадающих или даже противоположных интересов участвующих сторон и требуют умения достигать разумного соглашения. Это соглашение отвечает законным интересам всех сторон, справедливо регулирует сталкивающиеся интересы.

Переговорный процесс начинается с того момента, когда одна из сторон выступит с предложением обговорить условия заключенного контракта. Когда вторая сторона принимает предложение, то наступает один из важнейших этапов – подготовка к переговорам. От того, насколько хорошо подготовятся стороны зависит то, как пройдут переговоры и их конечный результат. Следующий этап – это ведение переговоров, а третий – согласования позиций.

Для того, чтобы понять зависимость качества переговорного процесса на развитие организации, необходимо определить функции переговорного процесса.

Функции переговорного процесса

1. Информационная функция.

Данная функция заключается в получении информации об интересах, позициях, подходах к решению проблемы противоположной стороны, а также представить таковую о себе.

2. Коммуникативная функция.

Заключается в налаживании и поддержании связей и отношений конфликтующих сторон.

3. Регулятивная функция.

Речь идет о регуляции и координации действий участников конфликта. Она реализуется прежде всего в тех случаях, когда стороны достигли определенных договоренностей, и переговоры ведутся по вопросу о выполнении решений.

4. Пропагандистская функция

Заключается в том, что стороны стремятся оправдать свои действия с целью оказать влияние на мнение другой стороны. [2]

На основе функций переговорного процесса можно сказать, что с помощью переговорного процесса организации развиваются, заключая договоры с другими организациями на взаимовыгодных условиях. Переговоры нужны для налаживания и поддержания связей и отношений.

Пандемия COVID-19 сильно повлияла на экономику страны и всего мира. Большинство организаций сильно пострадали от пандемии.

Одной из самых важных частей развития предприятия является переговорный процесс. Переговорный процесс сильно после начала пандемии стал существенно отличаться от того, что было до COVID-19. На данный момент сильная нестабильность и неизвестность возросли, что пугает людей, глав организаций. Эти факторы мешают проведению переговоров и достижению договоренностей между компаниями.

Теперь переговорные процессы ведутся дистанционно, что также сильно влияет на их качество и сложность. Раньше переговоры предпочтительно велись в очном формате, что позволяло использовать манипуляции, видеть реакцию участников переговоров. Одной из самых популярных площадок является ZOOM.

До начала пандемии организации проводили переговоры в дистанционном режиме, но это было намного реже, чем после начала пандемии. Например, в декабре 2019 года у платформы ZOOM было всего 10 миллионов пользователей, а в марте 2020 их число выросло до 200 миллионов. Или, например, площадкой Skype осенью 2019 года пользовалось примерно 25 миллионов, а в апреле 2020 года цифра увеличилась в 4 раза, достигнув 100

миллионов посещений сайта. На данный момент нельзя найти ни одну компанию, которая бы не применяла сервисы видеосвязи. Люди приспособились к новым условиям жизни. [3]

Вот советы, которые помогают вести переговоры в дистанционном виде:

1. Для дальнейшего хорошего хода переговоров нужно выяснить, с кем ведутся переговоры, в каком состоянии находится тот, с кем ведутся переговоры.

2. Дальше необходимо оценить ключевые факторы. (важность коммуникации с клиентами, жизнеспособность поставщиков, влияние новых договоренностей на другие виды деятельности в компании, имеющиеся альтернативы и т. п.)

3. Необходимо четко формулировать свои мысли, ведь дистанционный переговоры могут повлиять на взаимопонимание сторон.

4. Стороны должны проявлять особую внимательность и терпимость к собеседнику

5. А также не стоит заключать сложные договоры и на короткий срок. [4]

В 2020 году решение множества вопросов перешло в дистанционную форму. Во время пандемии миллионы сотрудников перешли на работу из дома. COVID-19 поспособствовал усилению популярности многих сервисов видеосвязи: Skype, Slack, ZOOM и т.д. Такие площадки помогли организовать работу сотрудников во время пандемии, когда они работали удалено. Также дали возможность осуждать важные вопросы с коллегами и бизнес-партнерами, инвесторами, то есть вести переговоры.

Изначально площадка ZOOM была разработана для корпоративного сегмента, но наибольшую популярность приобрела во время пандемии.

Данная таблица (рис. 1), которая была предоставлена сервисом SimilarWeb, показывает, на сколько возросла популярность изучаемой платформы за время пандемии. [5]

Таким образом, пандемия сильно отразилась на ведении переговорного процесса. После ее начала людям было необходимо быстро менять способы ведения переговоров, ведь скопления людей были запрещены. Сейчас переговоры требуют еще большей подготовки, а также чуткого отношения

к партнеру. Теперь переговорный процесс требует новый подход: подписывайте простые краткосрочные соглашения с возможностью продолжения, основанные на соблюдении взаимных интересов, сотрудничестве и участии. Сильно помогли сервисы видеосвязи. ZOOM сделал большой шаг в своем развитии, привлек миллионы новых пользователей. Таким образом, данная платформа стала одним из главных сервисов для видеоконференций.



Рисунок 1. На сколько возросла популярность изучаемой платформы за время пандемии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дзялошинский И.М. «Деловые коммуникации», 2017.
2. Лавриенко В.Н. «Психология и этика делового общения», 2015.
3. <https://tass.ru/ekonomika/10575241>
4. <https://www.vedomosti.ru/management/blogs/2020/08/19/837173-izmenilis-per-egovorov>
5. https://www.cnews.ru/news/line/2021-02-09_statistika_rosta_populyarnosti

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ И РИСКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

***Куникин Владимир Александрович,
Агагюлов Эмир Имранович, Исаев Гаджи Магомедович***

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры экономики и менеджмента
Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение: Во время пандемии COVID-19 пострадало значительное количество структур, таких как места общего питания, различные развлекательные центры, различные научные организации, музеи, библиотеки, планетарии и так далее. мы же рассмотрим, как пандемия повлияла на структуру общественного транспорта и попытаемся узнать методом опросов, на сколько уменьшилось потребление людьми или же практически осталось неизменно. Так же узнаем, соблюдают ли люди противоинфекционные требования нашего государства и повысилась ли вероятность заражения в общественном транспорте, таких как автобусы, троллейбусы, такси и самолёты.

Цели:

Понять востребованность общественного транспорта в период коронавирусной инфекции.

На сколько увеличивается риск заражения в общественном транспорте при несоблюдении противоинфекционных мер.

Как экономически повлияла пандемия на общественно – транспортные организации.

Понять востребованность в период пандемии COVID-19

Теоретическая часть: *Как понять востребованность общественного транспорта в период COVID-19.* В условиях сокращения количества рейсов и пассажиров авиакомпании прибегали к переоборудованию самолетов для размещения коммерческих грузов в салоне, а не только в багажном отсеке. При этом, в отличие от перевозок коммерческих грузов, на авиатранспорт приходится основная доля международного пассажиропотока, и введение правительствами ограничительных мер и закрытие границ для борьбы с распространением коронавирусной инфекции оказало

на авиакомпаниях негативный экономический эффект, несопоставимый с другими видами транспорта. Так же в половину сократилась востребованность к такси, автобусам, троллейбусам, и соответственно так же пострадал метрополитен.

На сколько увеличивается риск заражения в общественном транспорте при несоблюдении противоинфекционных мер. Не прикасаться руками к лицу. Ученые подсчитали, что в среднем человек за час 25 раз трогает свое лицо руками. При этом этими же руками люди касаются разных поверхностей, на которых может обитать вирус. В половине случаев заражение происходит посредством проникновения вируса через слизистые – глаза, рот, нос. Мыть руки. Такая вроде бы простая и элементарная процедура на настоящий момент считается самой эффективной профилактикой COVID-19. Рекомендуется использовать жидкое мыло, так как на твердом мыле могут остаться микроорганизмы. Использовать антисептики. Рекомендуемая концентрация – 80% этанола, 1,45% глицерина, 0,125% перекиси водорода. Носить маску. Данное изделие предназначено для больных людей, а также для тех, кто ухаживает за больными. Маска должна плотно прилегать к лицу, зазоров не должно оставаться. Менять маску нужно каждые 2-3 часа, повторно использовать ее нельзя. Избегать близких контактов, оставаться на самоизоляции. Специалисты советуют держаться от других людей на расстоянии не менее 1 метра. О рукопожатиях, а тем более об объятиях следует пока забыть. Лучшим вариантом является домашняя самоизоляция.

Как экономически повлияла пандемия на общественно – транспортные организации. В экономическом плане пандемия COVID-19 привела к кардинальному сокращению доходов предприятий общественного транспорта от продажи билетов, в исключительных случаях достигавшему 90%, а также повышению дополнительных издержек, связанных с мерами по дезинфекции и обеспечению социальной дистанции как в самом транспорте, так и на объектах инфраструктуры.

Практическая часть: При подготовке к научной работе был проведен опрос жителей Волгограда и Волгоградской области. (результаты – см. рис. 1).

Выводы: Таким образом, опираясь на результаты опросов людей, мы можем выделить, что большинство людей стараются придерживаться противоинфекционных мер для защиты, то есть менять одноразовые маски, дезинфекция рук. антисептическими препаратами, мытьё рук. Так же хотелось выделить, что всё – таки COVID – 19 пошатнул экономическую сферу общественного транспорта. Быстрое распространение коронавирусной инфекции в мире привело к развитию глобального кризиса в области здравоохранения, перегрузке национальных систем здравоохранения и серьезным экономическим последствиям. Заметной обратной стороной мер по сдерживанию инфекции стало, в частности, кардинальное ограничение транспортной активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <https://www.finanz.ru/novosti/aktsii/vyletet-iz-pandemii-kak-aviakompanii-s-pomoshchyu-gosudarstva-spasayutsya-ot-koronavirusa-1029604478>
2. <https://www.rbc.ru/society/03/12/2020/5fc82a2c9a7947c417f56403>
3. <https://www.hse.ru/news/expertise/356269704.html>

**НЕМАТЕРИАЛЬНОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРИОД БОРЬБЫ
С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
(НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ)**

Лифиц Аглая Михайловна

*Россия, Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Сумин Никита Андреевич*

Ни для кого не секрет, что сегодняшние условия пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 бросают новые вызовы обществу и государству, наряду с принимаемыми мерами вакцинации, перевооружением стационаров, массовой социальной пропагандой вопросы мотивации медицинского персонала приобретают особое значение.

Ввиду изменения условий жизни всего общества и работы медицинского персонала государственный аппарат был вынужден внести поправки в законодательство, устанавливающие стимулирующие выплаты. Так в условиях пандемии законодатель принял решение установить дополнительные меры материальной поддержки, в том числе за работу в «ковидных» стационарах, привлечение к вакцинации, участие в борьбе с коронавирусом.

В разных регионах страны введены различные меры для привлечения медицинского персонала к работе в «красной» зоне [1]. Внимание государства нацелено не только на лечение уже заразившихся пациентов, но и на профилактику заболевания. В этой связи особый интерес представляют изменения в методах материального стимулирования работников сферы здравоохранения города Москвы в период с начала пандемии.

Такие изменения отразились на зарплате врачей в Москве. Согласно данным Росстата за 6 месяцев 2021 года, средняя зарплата врачей, фармацевтов и других медиков с высшим образованием в Москве составила 165 394 руб. При этом в организациях федерального подчинения она несколько выше – 166 281 руб., а в медицинских учреждениях, относящихся

к Москве, ниже – до 165 022 руб. [2]. В столичном бюджете предусмотрели выплаты московским врачам перепрофилированных больниц по 70 000 руб., среднему медицинскому персоналу – 50 000 руб., младшему медперсоналу и другим работникам – 30 000 руб., а также, за каждого вакцинированного гражданина в возрасте до 60 лет, привлеченного сверх плановых показателей, медицинский работник получает 200 руб. За убедившегося в необходимости вакцинации москвича старше 60 лет дают 400 руб. [3]

Такой порядок материального стимулирования можно представить в виде схемы (рисунок 1).



Рисунок 1. Схема материального стимулирования медицинского персонала в Москве.

О мотивации написано огромное количество публикаций и проведено исследований, однако не всегда теорию можно с уверенностью применить в сфере здравоохранения, так как далеко не все инструменты современного менеджмента, позволяющие увеличить удовлетворенность труда сотрудников медицинских организаций, применимы в медицине ввиду ее специфики.

Кроме того, в постоянно меняющихся условиях внешней среды, пандемии, растущего уровня летальных исходов, разработка и внедрение мер нематериальной поддержки медработников не имеет первостепенного значения для медицинской организации в силу рациональной расстановки управленческих приоритетов в сторону спасения жизни пациентов.

Однако внедрение методов нематериального стимулирования позволяет удовлетворить потребности в самоактуализации, самовыражении, самореализации, уважении, общественном признании (человек не может быть бездеятельным по своей природе, а природа его такова, что он – не только потребитель, но и созидатель) [4].

Мы полагаем, что сегодня, в условиях пандемии в вопросах мотивации медицинского персонала руководству медицинской организации в равной степени необходимо стремиться к ориентированию как на методы материального стимулирования, так на создание нематериальных ценностей.

Важнейшим аспектом для раскрытия предмета данной статьи является понимание мотивации как универсального инструмента материального и нематериального стимулирования, в том числе создание нематериальных ценностей, для повышения уровня удовлетворенности работников медицинской организации.

С точки зрения менеджмента процесс разработки и внедрения методов нематериального стимулирования в организацию достаточно трудоемок, поскольку для формирования мотивационной составляющей необходимо определить технологию мотивации труда, изучить и отслеживать изменения потребностей персонала, проанализировать факторы внешней и внутренней среды.

Полагаем, что вопросы внедрения в медицинскую организацию методов нематериального стимулирования в условиях пандемии целесообразно рассматривать с позиции возможности применения уже готового решения, например, «социальный кафетерий», «витрина успеха». С этой точки зрения, наличие инструмента позволяет внедрить новые методы в управление медицинской организацией и обуславливает необходимость разработки алгоритма. На рисунке 2 представлен алгоритм внедрения методов нематериального стимулирования в медицинские организации города Москвы.

С целью оценки эффективности от реализации алгоритма внедрения методов нематериального стимулирования предлагается использовать метод анкетирования, позволяющий установить обратную связь и провести исследование на предмет выявления наиболее часто встречающихся мотивационных факторов медицинских работников [5].

Важно подчеркнуть значимость дополнения материального стимулирования нематериальными ценностями. Предложенный нами алгоритм внедрения методов нематериального стимулирования, адаптированный под специфику медицинских организаций Москвы, позволит повысить мотивацию каждого члена медицинского коллектива, что, в свою очередь, положительно скажется на чувстве удовлетворения от работы и эффективности труда.

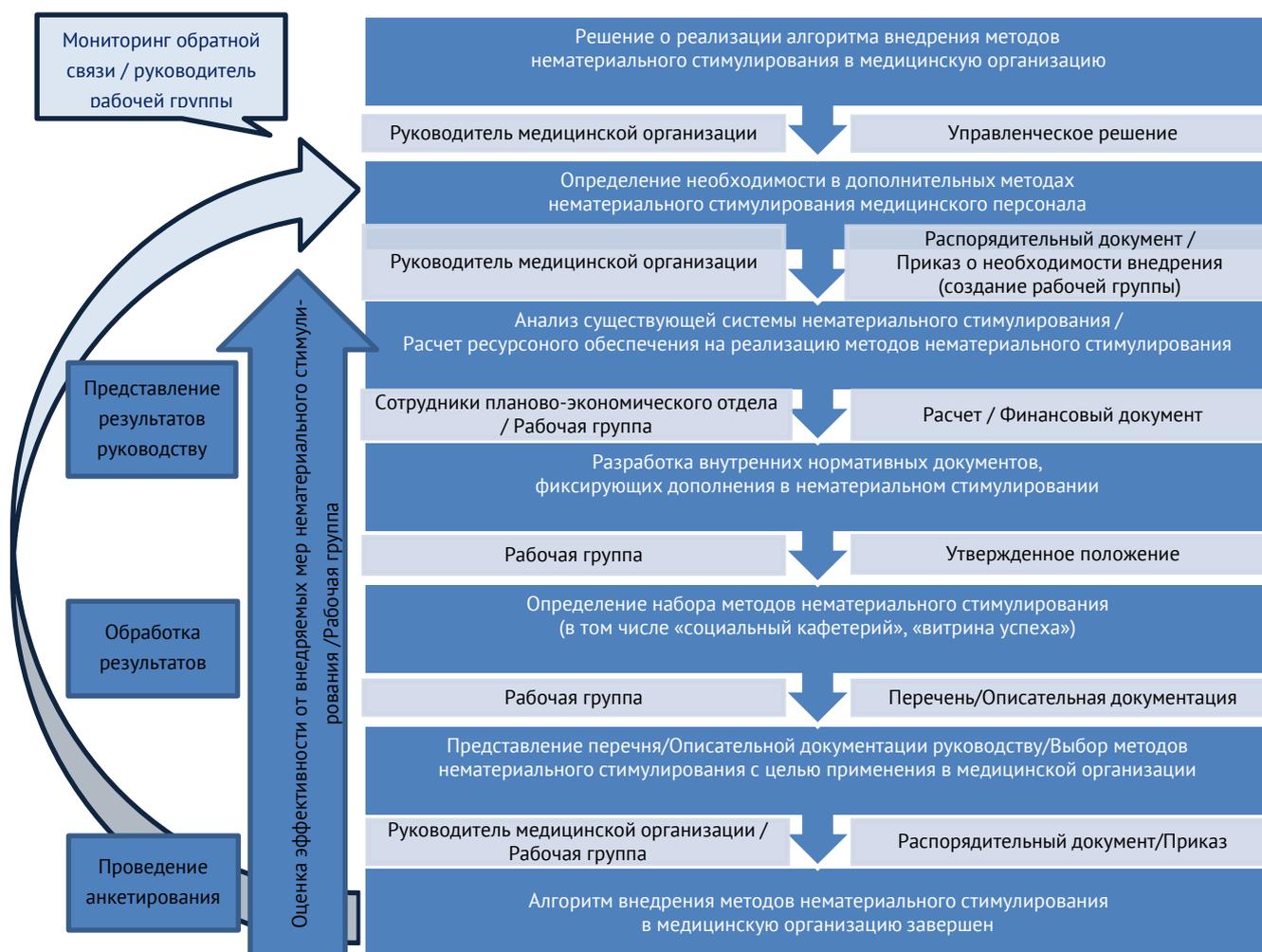


Рисунок 2. Алгоритм внедрения методов нематериального стимулирования в медицинскую организацию города Москвы

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.08.2021 № 1396 «Об утверждении Правил предоставления в 2021 году иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях финансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации по финансовому обеспечению выплат стимулирующего характера за дополнительную нагрузку медицинским работникам, участвующим в проведении вакцинации взрослого населения против новой коронавирусной инфекции, и расходов, связанных с оплатой отпусков и выплатой компенсации за неиспользованные отпуски медицинским работникам, которым предоставлялись указанные стимулирующие выплаты».
2. Официальный Интернет-сайт Федеральной службы государственной статистики // Росстат. URL: <https://rosstat.gov.ru/>.
3. В Москве ввели выплаты медикам за прививки сверх плана // РБК. 2021. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.rbc.ru/society/29/09/2021/615433289a7947fcb22a8d8c>.
4. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. Питер, 2011 г. 512с.
5. Активная ссылка на заполнение анкеты // [Электронный ресурс]. – URL: <https://forms.gle/Ncoq97qRNfmCYazW9>.

**ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ
ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ**
Луконина Дарья Владимировна, Орлова Ксения Дмитриевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор кафедры общей и клинической психологии,
кандидат медицинских наук, доктор социологических наук,
профессор Деларю Владимир Владимирович*

В марте 2020 г. была официально признана пандемия COVID-19 и начались многочисленные исследования ее различных аспектов, в том числе относительно учебного процесса, т.к. весной в вузах России было введено дистанционное обучение [2-4]. В 2018 году Э. С. Мандрусова и А. С. Дьяченко аргументировали недопустимость дистанционного обучения клинической психологии [1], однако сложившаяся эпидемиологическая ситуация внесла свои коррективы.

Целью данной работы стала оценка отношения студентов отделения клинической психологии к дистанционному обучению.

Исследование проводилось в форме анонимного анкетирования на базе Волгоградского государственного медицинского университета. Выборку составили 80 студентов 3–5 курсов специальности «Клиническая психология»: 22 респондента (27,5 %) – 3-го курса, 32 человека (40 %) – 4-го и 26 (32,5 %) – 5-го курса.

Были взяты студенты данных курсов, т.к. они имеют опыт «очного» обучения, что дает им возможность сравнить его с дистанционным форматом.

По сравнению с традиционной формой обучения более эффективной дистанционную считают 8 % респондентов студентов 5-го курса, 16% – 4-го курса. При этом на 3-м курсе ни один опрошенный не придерживается данной точки зрения. Однако 50 % от общего числа студентов с каждого курса считают, что дистанционное обучение скорее эффективно, чем не эффективно. Противоположным мнением обладают 32 % учащихся 3-го курса, 22 % – 4-го курса и 23 % – 5-го курса. О том, что дистанционное обучение менее эффективно чем традиционное, высказались 18 % студентов 3-го курса, 12 % – 4-го курса и 19 % 5-го курса.

На вопрос о личном отношении к дистанционному обучению 18 % студентов 3-го курса, 41 % – 4-го и 31% – 5-го ответили, что считают его положительным явлением. 50 % респондентов – студентов 3-го курса, 34 % – 4-го курса и 54 % – 5-го курса считают, что для них данная форма обучения скорее положительна, чем отрицательна. Прямо противоположному мнению придерживаются 18 % студентов 3-го курса, 22 % – 4-го курса и 11 % – 5-го курса. Негативно относятся к дистанционному обучению 9 % студентов 3-го курса, 3% – 4-го курса и 4 % – 5-го курса (1 студент 3-го курса затрудняется ответить на данный вопрос).

Полученные данные говорят о том, что большая часть (59 %) студентов старших курсов специальности «Клиническая психология» считают дистанционное обучение скорее эффективным, чем не эффективным. Это говорит о том, что учащиеся в целом оценивают, как преимущества, так и недостатки данной формы учебного процесса, по сравнению с традиционной.

О личном опыте работы на дистанционном обучении большая часть (76%) респондентов также дала оценку «скорее положительно, чем отрицательно». Однако малая часть (5%) высказывается о том, что данным опыт был «безусловно, отрицательным».

Характеризуя переход на дистанционное обучение, большинство студентов старших курсов выбрали из предложенного списка такие положительные явления как «появилась возможность более продуктивно использовать свое время» (80 % учащихся всех курсов), «появилась возможность заняться чем-то другим полезным, кроме учебы» (45 % учащихся всех курсов). При этом 2,5 % респондентов студентов 3–5 курсов отметили, что ничего положительного не было. Из отрицательных изменений, привнесенных переходом на другую форму обучения, 54 % всех опрошенных студентов назвали «почти исчезла возможность личного общения с преподавателем» и 44 % – «почти исчезло личное общение с друзьями по университету». Однако 14 % старших курсов указали, что для них «ничего отрицательного не было».

Проводя сравнительный анализ результатов анкетирования по курсам, можно подвести итог: наиболее высокую оценку дистанционному обучению дают учащиеся 4-ого курса (как в вопросе эффективности данной формы учебного процесса, так и личностного отношения к ней).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мандрусова Э. С., Дьяченко А. С. О качестве подготовки клинических психологов // Поляковские чтения-2018 (к 90-летию Ю. Ф. Полякова): Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. – С. 216–218.

2. Механтьева Л. Е., Склярова Т. П., Сапронов Г. И., Масалытин А. В., Федотов Е. А. Влияние самоизоляции и карантина на психологическое состояние и мотивацию обучающихся на примере ВГМУ им. Н.Н. Бурденко // БЕЗОПАСНОСТЬ – 2020: Материалы Международной научно-практической конференции. – Волгоград, 2020. – С. 48–52.

3. Мясникова Н. И., Осыкина А. С., Шкатова Е. Ю. Положительные и отрицательные стороны дистанционного обучения студентов-медиков // БЕЗОПАСНОСТЬ – 2020: Материалы Международной научно-практической конференции. – Волгоград, 2020. – С. 59–63.

4. Volchansky M. Ye., Delarue V. V., Boluchevskaya V. V., Raevsky A. A. Psychological care for children with autism: bioethical problems in the conditions of the pandemic // Биоэтика. – 2020. – № 2 (26). – С. 39–41.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ СПРОСА ТАКСИ В ПАНДЕМИЮ

Мелихова Мария Алексеевна, Бурдин Сергей Антонович

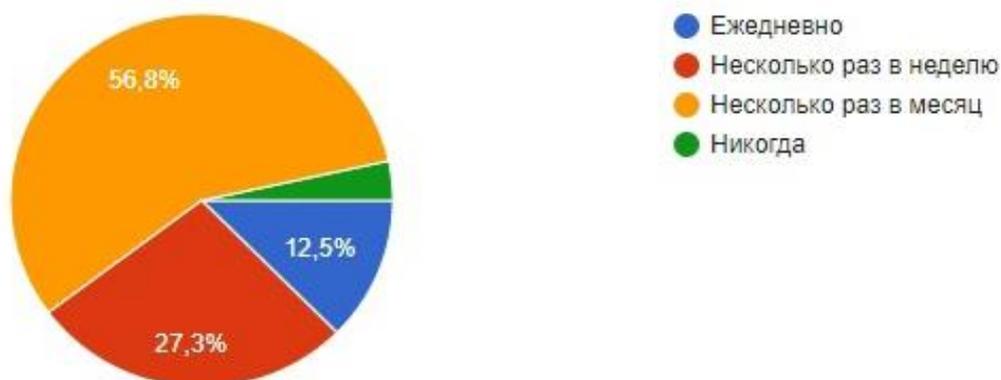
*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Даниленко Евгений Евгеньевич*

Введение. Уже более 100 лет люди пользуются услугами такси, это удобно тем, что даже при отсутствии личного транспорта человек в комфорте может доехать до пункта назначения, расположенного на любом расстоянии, в любое время суток.

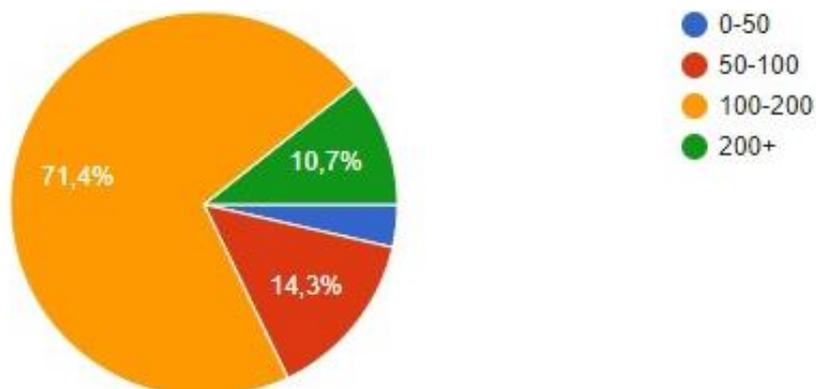
Цель. Изучить изменение спроса такси во время пандемии и установить причины

Материалы и методы. Анализ актуальной доступной отечественной научной литературы. В исследовании применялся метод социального опроса, проведенного онлайн с использованием Googleforms:

Как часто люди используют услуги такси?



Средняя стоимость поездки:



Результаты и обсуждение. За три с лишним века такси полностью изменилось. Вместо конных экипажей – комфортабельные автомобили, вместо стоянок такси – вызов за 20 секунд по мобильному, вместо «торговли» с «шефом» – удобные и прозрачные тарифы и круглосуточные службы поддержки. Но центральной фигурой был и остается простой водитель. Анализ полученных данных показывает, что развитие такси идет ускоренными темпами, со временем становясь все удобнее и комфортнее, как для водителя, так и пассажира. Такси старается идти в ногу с современным миром, создаются различные приложения такие как: «Яндекс GO», «UBER CAR», «СИТИ-МОБИЛ», «ВЕЗЕТ». Благодаря данным компаниям, пассажир может выбрать, на чем (выбор транспорта) куда и за сколько он может поехать.

Мы провели опрос у аудитории, состоящий из 150 человек. Результаты опроса показывают, что 12,5 % использовали услугу такси ежедневно, 27,3% – несколько раз в неделю, 56,8%-несколько раз в месяц, 3,4%-никогда

Углубившись, мы выяснили причины, по которым люди не пользуются услугами такси, и выделили наиболее важные причины:

1. Антропофобия – невротическая боязнь людей, стремление избегать людского общества
2. Нет возможности (финансово) пользоваться такси
3. Наличие собственного транспорта

Также, проведя опрос у аудитории, состоящей из ста человек, мы узнали какое кол-во денежных средств пассажиры готовы заплатить за поездку.

Результаты:

1. 71,4 % готовы заплатить 100-200 рублей
2. 10,7 % готовы заплатить 200+ рублей
3. 14,3 % готовы заплатить 50-100 рублей
4. 3,6 % готовы заплатить 0-50 рублей

Среднестатистический житель земного шара: отдает 10,3 % от своей зарплаты оплачивая услуги такси.

В среднем дневной доход составляет 2 000 рублей. В месяц таксисты, заключившие контракт с одной из столичных компаний, зарабатывают от 45 до 100 тысяч рублей.

Вот уже как полтора года весь мир находится в эпидемиологической обстановке. Люди стараются предотвратить её и как можно лучше защитить себя от вируса. Так как они пытались избежать большое скопление людей, в том числе и общественный транспорт (метро, автобусы, трамваи, маршрутки), спрос на такси повысился. Результаты опроса показали, что спрос на такси увеличился на 25.8% – во время пандемии люди стали пользоваться этой услугой чаще, потому что считают этот вариант передвижения наиболее безопасным для своего здоровья. С увеличением спроса, повысилась конкуренция онлайн-агрегаторов.

В секторе наблюдается борьба двух наиболее крупных игроков – Яндекс.Такси и Ситимобил. Им принадлежит больше половины рынка таксомоторных услуг в России. Далее следует небольшой ряд мелких игроков: контролируемый Яндексом Uber и самостоятельные Gett, Rutaxi, Maxim-taxi и Таксовичков.

В результате проведенного исследования становится понятным то, что такси стало более популярным видом транспорта во время пандемии COVID-19 для россиян.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. <https://www.yuga.ru/articles/society/7918.html>
2. <https://retail-loyalty.org/news/kak-pandemiya-povliyala-na-transportnye-privychki-rossiyan-issledovanie/>
3. https://sia.ru/?section=484&action=show_news&id=382240

**ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОПЫТ ПАЦИЕНТОВ,
ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ НА ДОМУ В ГОРОДЕ КУРСКЕ**

Мешкова Анна Дмитриевна

*Россия, Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор фармацевтических наук
профессор Овод Алла Ивановна*

Ведущая роль в борьбе с пандемией COVID-19 принадлежит специалистам фармацевтической области, от которых напрямую зависит своевременная обеспеченность населения лекарственными средствами, необходимыми для лечения и профилактики заболевания [1, 2]. В настоящее время аптека выступает в качестве социального института здравоохранения, влияющего на здоровье и жизнь человека путем поддержания поставок препаратов, консультирования пациентов, информирования общественности о коронавирусной инфекции [3, 4, 5]. Аптеки не останавливали свою работу во время пандемии во всех регионах страны.

Цель исследования – оценка уровня удовлетворенности пациентов, проходящих лечение в домашних условиях, уровнем фармацевтической помощи, оказанной в период их заболевания COVID-19.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели с ноября 2020 г. по январь 2021 г. было проведено анкетирование среди пациентов с подтвержденным случаем COVID-19, которое было осуществлено в online-формате с помощью Google-таблиц. Предварительно мы связались с предполагаемыми участниками посредством текстовых сообщений, изложив суть исследования и уточнив готовность принять в нем участие. Из согласившихся респондентов нами были отобраны лица, проходившие лечение в домашних условиях. Далее мы отправили ссылку на online-анкету, которой предшествовала информация об исследовании, его цели, гарантия анонимности и сроки проведения. Респондентам было предложено выразить согласие на обработку персональных данных путем введения своих инициалов в конце информационной страницы. Все заполненные опросные

листы были включены в исследование. Анкета включала в себя вопросы, характеризующие демографическую и медицинскую информацию, а также фармацевтическую помощь пациентам, оказанную во время заболевания COVID-19.

Анализ демографических параметров показал, что 57 % респондентов – женского пола, 43 % – мужского; возраст 46 % участников опроса составляет 36–50 лет, 36 % – 18–35 лет; 18 % – более 51 года; среди респондентов 41 % – государственные служащие, 28 % – пенсионеры, 16 % – люди, связанные с бизнесом, 15 % – учащиеся.

Характеристика медицинской информации показала, что 56 % опрошенных имеют хронические заболевания, среди которых наблюдаются патологии нервной (4 %), сердечно-сосудистой (36 %), дыхательной (21 %), пищеварительной (13 %), эндокринной системы (16 %), опорно-двигательного аппарата (3 %) и другие нарушения (7 %). На вопрос, что послужило причиной сдачи теста на COVID-19, были получены результаты: наличие симптомов заболевания (49 %), контакт с больным (28 %), случайный тест (4 %), отсутствие тестирования на COVID-19 (19 %). Состояние респондентов во время заболевания: без видимых проявлений (13 %), легкой (23 %), средней (42 %), высокой (22 %) степени тяжести; время пребывания на домашнем лечении: до 7 дней (16 %), 7–14 дней (58 %), более 14 дней (26 %). При лечении респонденты основывались на рекомендациях фармацевта (42 %), назначение врача (31 %), информация из сети Интернет (16 %), советы знакомых (11 %).

В ходе исследования оценки уровня оказания фармацевтической помощи в период COVID-19 были получены следующие данные. На вопрос о проведении консультации фармацевтом при отпуске препаратов для лечения коронавирусной инфекции значительное количество пациентов ответили утвердительно (84 %), многие из которых оценили консультацию фармацевта, как полезную (73 %). Анализ участия фармацевтического работника в выборе препаратов для лечения COVID-19: участвовал (7 %), единичные случаи участия (22 %), средний уровень вовлеченности в лечение (30 %), существенный вклад в терапию заболевания (41 %). Установлено, что 82 % респондентов доверяют фармацевтическому работнику в выборе лекарственных средств при COVID-19. Степень удовлетворенности фармацевтической

помощью во время пандемии представлена следующим образом: высокая (42 %), средняя (39 %) и низкая (19 %). Как отмечают респонденты, низкая степень удовлетворения фармацевтической помощью была обусловлена дефицитом препаратов в аптеке на фоне высокой заболеваемости коронавирусной инфекцией.

Вывод. Таким образом, проведенное социологическое исследование показывает активное участие фармацевтических работников в лечении пациентов с COVID-19 и необходимость совершенствования фармацевтической помощи при данном заболевании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ameri A, Salmanizadeh F, Bahaadinbeigy K. Tele-pharmacy: a new opportunity for consultation during the COVID-19 pandemic. *Health Policy Technol* 2020; 9: 281–282.
2. Basheti IA, Nassar R, Barakat M et al. Pharmacists' readiness to deal with the coronavirus pandemic: assessing awareness and perception of roles. *Res Social Adm Pharm* 2020; 17: 514–22.
3. Mukattash TL, Jarab AS, Mukattash I et al. Pharmacists' perception of their role during COVID-19: a qualitative content analysis of posts on Facebook* pharmacy groups in Jordan. *Pharm Pract* 2020; 18: 1–6.
4. Mukattash TL, Jarab AS, Abu-Farha RK et al. Willingness and readiness to test for COVID-19; a qualitative exploration of community pharmacists. *Int J Clin Pract* 2020; 74: 1–6.
5. Zheng SQ, Yang L, Zhou PX et al. Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: a China perspective. *Res Social Adm Pharm* 2020; 17: 1819–1824.

* Предупреждение: Facebook – соцсеть, запрещенная в России с марта 2022 г.

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Мясникова Марина Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

Наступление пандемии COVID-19 весной 2020 года внесло определённые коррективы в отрасль здравоохранения. Идеи и решения, которые появились в это время еще надолго останутся с нами, и помогут усовершенствовать систему здравоохранения. С приходом пандемии поток пациентов в платном сегменте здравоохранения резко снизился, что было вызвано несколькими причинами: снижение платежеспособности клиентов, пациенты откладывали « несрочные» приемы, чтобы избежать заражения коронавирусом. Но рынок коммерческих услуг стал быстро восстанавливаться, сумев приспособиться к новой реальности путем перепрофилирования и переоборудования клиник для лечения пациентов с COVID-19, введения новых услуг (диагностика коронавирусной инфекции тесты ПЦР, КТ-диагностика, реабилитация пациентов, перенесших COVID-19, чек-ап перед вакцинацией и др.).

Медицинские организации стали внедрять в свою деятельность цифровые модели взаимодействия. По данным отчета компании EY (ООО «Эрнст энд Янг – оценка и консультационные услуги») в 2020 году увеличился спрос на удаленные консультации, с использованием видеозвонков, мессенджеров, на услуги телемедицины [1]. Интерес к дистанционному лечению сохранится, даже при условии, что люди смогут снова обращаться за медицинскими услугами очно. Технологический прогресс и стремление потребителей к удобству способствует расширению сфер использования виртуальной медицины и искусственного интеллекта [2].

Сегодня у медицинских организаций появляются новые задачи – внедрение цифровых моделей взаимодействия в свою практику для повышения конкурентоспособности и нахождения баланса между виртуальными и очными услугами. Появляется необходимость определить какие услуги соот-

ветствуют потребностям пациентов и при этом не снижают качество оказываемой медицинской помощи. Помимо дистанционных консультаций, для удобства пациентов, необходимо наладить систему записи на прием к специалисту и возможность получения результатов анализов без посещения врача с использованием компьютерных технологий. Приоритетом является улучшение доступа к услугам здравоохранения для всего населения и определенных категорий граждан в частности, возможность перехода от лечения в стационарах к амбулаторному лечению и, по возможности, оказанию медицинских услуг на дому [3].

Еще одной задачей для медицинской отрасли является восстановление медицинского туризма, который пришел в упадок из-за введенных ограничений по коронавирусной инфекции.

Для успешного существования во время и после пандемии медицинская организация должна пересмотреть свои внутренние процессы и усовершенствовать текущие услуги [3]. На сегодняшний день система здравоохранения ориентируется на цифровизацию, обучение специалистов и появление новых методов лечения, а также на персонализацию медицины. В новой постпандемической реальности медицинская организация должна повысить свою ценность как для пациентов, так и для страховых компаний, фондов, спонсоров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 2020 год: ситуация в отрасли коммерческой медицины и основные тренды в связи с пандемией Covid-19. Режим доступа: https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/ru_ru/topics/consumer-products/ey-russian-commercial-healthcare-after-covid-19/ey-russian-commercial-healthcare-after-covid-19.pdf?download
2. Основные вопросы здравоохранения в мире, 2021г. Инновации на базе цифровых возможностей. Режим доступа: https://www.pwc.ru/ru/publications/health-research/pwc-global-top-health-industry-issues-2021_rus.pdf
3. Глобальные тренды здравоохранения. Выход на новый уровень ориентации на пациента и качества медицинских услуг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.pwc.ru/ru/industries/healthcare/pwc-aktualnye-problemy-sovremennoy-med-organizatsii.pdf>

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID 2019 НА ЭКОНОМИКУ ИОРДАНИИ *Обейдат Мохаммад Хуссейн Ахмад (Иордания)*

*Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель
кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ С. Е. Ситникова*

Полтора года назад Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила, что распространение новой коронавирусной инфекции носит характер пандемии. Это привело к тому, что подавляющее большинство стран мира ввели беспрецедентные по масштабу меры по борьбе с вирусом.

Так, уже в марте 2020 года в Иордании были прекращены все входящие и исходящие рейсы в страну, за исключением грузоперевозок и рейсов, перевозящих сотрудников дипломатических представительств и международных организаций. Закрылись образовательные организации, учреждения досуга и культуры. Правительство Иордании приостановило на неделю посещение туристических мест для проведения их санитарной обработки в целях избежания распространения болезни. Власти на время запретили проводить коллективные молитвенные службы во всех мечетях и церквях королевства, а также любые мероприятия со скоплением людей.

Благодаря подобным ограничениям не произошло массовой гибели населения, национальная система здравоохранения справилась с возросшей нагрузкой, правительство Иордании не допустило серьезной дестабилизации обстановки по крайней мере в краткосрочном периоде. Тем не менее, пандемия COVID 2019 значительно усилила и ускорила развитие негативных тенденций, которые уже существовали в стране ранее. Особенно это было заметно в экономической сфере. Так, если темп роста ВВП за 2019 год составил +2 %, то в 2020 году зафиксировано его снижение на 3,7 %. В реальном производственном секторе произошло общее падение выручки и доходов во многих предприятиях крупного и среднего бизнеса. Весной 2020 г. только 10% всех производственных предприятий Иордании работали в обычном режиме, деятельность 51 % была приостановлена, 39 % работали с ограничениями [2].

Отрицательные тенденции сложились как со стороны спроса, так и предложения на национальных рынках. Шок предложения был вызван срывом цепочки поставок товаров, комплектующих и притока капитала, вызванным перебоями на транспорте и предприятиях стран-контрагентов, сокращением доступной рабочей силы как из-за болезни работников, так и из-за необходимости оставаться дома, ухаживая за больными родственниками или детьми.

Из-за того, что многие предприятия, особенно в туристической отрасли, стали банкротами и закрылись, следует ожидать повышения и без того высокого уровня безработицы. С высокой вероятностью в ближайшие годы ситуация с занятостью только ухудшится, т. к. страны не могли справиться с этой структурной проблемой даже в докризисное время.

Вследствие сильного потрясения в туристической индустрии, шоков предложения произошло увеличение уровня безработицы. Если в 2018 году ее показатель составлял 18,3 %, то в 2019 он увеличился до 19 %. Эпидемия коронавируса ускорила наметившуюся негативную динамику, и за год уровень безработицы возрос еще на 3 %.

Из-за сложившейся ситуации стране пришлось оказывать помощь предприятиям и населению, поэтому расходы государственного бюджета увеличились. Об этом свидетельствует снижение индикатора фискального баланса в 2020 г. по отношению к 2019 г. на 22,3 %.

Для финансирования дефицита страна вынуждена брать кредиты, что увеличивает ее государственный долг.

Положительный аспект экономической ситуации современной Иордании заключается в том, что пандемия слабо сказалась на уровне инфляции, который в 2020 году составил 0,2 % против 0,5 % – в 2019 г. Это позволяет надеяться, что в ближайшем будущем не будет стремительного роста цен и, соответственно, усиления социальной напряженности.

Как известно, эффективность борьбы с распространением инфекционных заболеваний напрямую зависит от готовности национальной системы здравоохранения противостоять эпидемиям.

С началом пандемии Иордания быстро развернула масштабное тестирование населения, приняла меры для изоляции больных как с явными признаками заболевания, так и не имеющих симптомов. Всего на текущий момент

в стране на 1 млн населения сделано тестов в количестве 1,08 млн., что отражает эффективность контроля над распространением вируса, предпринимаемых противоэпидемиологических мер, таких как ношение масок и отслеживание контактов больных. Как результат, на ноябрь 2021 г. в Иордании из 10 млн населения выявлено около 900 тыс. заражений, что составляет всего 8,5%. Коэффициент смертности – 1,3 % от общего числа заразившихся [1].

Вакцинация от коронавируса в Иордании началась в январе 2021 г., одобрены следующие вакцины против COVID-19: Oxford/AstraZeneca, Pfizer/BioNTech, Sinopharm/Beijing, Sputnik V.

Иордания также стала одной из первых стран в мире, которая начала вакцинацию беженцев от COVID-19. Проживающие в Иордании беженцы наравне с гражданами страны включены в национальную программу по вакцинации.

По мнению властей, для образования коллективного и иммунитета необходимо было вакцинировать около 3 миллионов жителей страны. Согласно статистике на ноябрь 2021 г., количество вакцинированных составляет 3,558 млн. чел. или 34,42 %.

Таким образом, приведенные данные по вакцинации позволяют надеяться на скорейшее восстановление экономической активности и успешному противостоянию потенциальным эпидемиологическим угрозам в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коронавирус в Иордании // Минфин. – 2021. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/geography/jordan/> (дата обращения – 07.11.2021)
2. Розов А.А. Перспективы производственного сектора Иордании после пандемии коронавируса // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.iimes.ru/?p=72216> (дата обращения – 06.11.2021)

ПРОБЛЕМЫ УСТРОЙСТВА ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ COVID-19

Омарова Наргиз Мурадовна, Тихонова Алёна Игоревна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Даниленко Евгений Евгеньевич*

На сегодня проблема управления организационной культурой как фактором развития эффективной деятельности не имеет достаточного практического изучения. Актуальность исследования обусловлена тем, что деятельность организации требует взаимодействие материальных, финансовых и человеческих ресурсов и соответствующую их организацию. Без соответствующей организационной культуры, ни предприятию, ни организации сложно добиться успеха на рынке и обеспечить конкурентоспособность своего потенциала.

Управление организацией осуществляется на базе определенной структуры, которую самостоятельно разрабатывает администрация организации. Структура организации – это элемент внутренней среды организации, в частности состав и соотношение ее внутренних звеньев (цехов, участков, отделов и других подразделений), составляющих единый хозяйственный объект. Под общей структурой организации понимается комплекс производственных подразделений и подразделений, обслуживающих работников, а также аппарат управления организации [8, с. 54].

Организационная культура – это нормы и ценности, которые разделяются абсолютным большинством членов организации или предприятия, а также внешние их проявления (организационное поведение).

Во многом благодаря вниманию к организационной культуре частный сектор здравоохранения на примере ведущих организаций демонстрирует высокое качество работы и завоевывает авторитет у населения.

Анализ особенностей корпоративной культуры является одним из механизмов повышения эффективности работы негосударственного медицинского центра и улучшения качества медицинской помощи.

В рамках данного исследования в течение месяца был проведен опрос сотрудников про ожидания в улучшении организационной культуры в условиях

COVID-19, конкретно ГБУЗ ЦРБ Дубовского муниципального района. Сотрудниками были высказаны ожидания, наиболее часто повторяющимися и значимыми из которых оказались ожидания, связанные с организацией труда, оптимизацией бизнес-коммуникаций.

Следует отметить, что наибольшее количество ожиданий было связано с изменениями в нормах взаимоотношений в коллективе, что отражает потребность в сплочении, формировании доверия и открытости во взаимоотношениях. Это подтверждает наши предположения о ключевых ценностях организационной культуры медицинской организации.

Среди индивидуальных целей чаще всего были отмечены: расширение профессиональных возможностей (покупка нового оборудования для лечения коронавирусных больных), стабильность, удовлетворенность работой. При оценке удовлетворенности работой и приверженности организации сотрудники указывали, что им нравится и характер работы, и организация, в которой они работают, отмечали эмоциональную вовлеченность в деятельность.

Приверженность клинике была одним из наиболее высоко оцениваемых параметров. В целом сотрудники оценили желание работать именно в ней на 2,95 балла из 4 возможных. Все категории персонала средне оценили предоставляемые для работы материально-технические ресурсы (помещение, оборудование и материалы). Ощутима острая нехватка кислорода и дополнительного аппарата МРТ.

В оценке качества услуг обнаружен большой разброс данных. Особенно расходились мнения среднего медперсонала, больше согласованности было в оценках административного персонала. В общем, сотрудники уверены, что главная забота их ежедневной деятельности – интересы клиентов. Слаженная командная работа – большая ценность организации. В медицинской организации коллегиальность особенно важна для уменьшения количества ошибок и обеспечения стабильного качества медицинской помощи.

В качестве перспективы процесса формирования и развития организационной культуры ГБУЗ ЦРБ Дубовского муниципального района следует провести анкетирование с целью сбора более точной и достоверной информации об имеющейся в учреждении организационной культуре, а также для выработки программы мер по ее совершенствованию. Анкета должна состоять из вопросов, направленных на изучение следующих параметров:

- удовлетворенность качеством предоставляемых услуг, условиями и оплатой труда, руководством;
- распределение ответственности и полномочий;
- коммуникации;
- командное взаимодействие и удовлетворенность межличностными отношениями.

Так, используя результаты такого эмпирического исследования, можно будет составить программу по развитию и совершенствованию организационной культуры конкретно ГБУЗ ЦРБ Дубовского муниципального района, что и является перспективой изучения данной темы.

Работа медицинского учреждения предполагает высокую эффективность использования материальных и кадровых ресурсов. Увеличение влияния экономических показателей и расчетов эффективности медицинской помощи на принятие решений о медицинских вмешательствах является международной тенденцией в организации здравоохранения и находит отражение в организационной культуре медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алешин А. Ориентация на потребителя – ключевой фактор успешной деятельности предприятия / А. Алешин // Журнал «Стандарты и качество» – 2016. – № 5. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.center.ru/riaside/index.phtml?page=1&tbl=tb_88&id=1280 (дата обращения: 02.04.2021)
2. Андреева Г. М. Социальная психология [Текст]: Учебник / Г. М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2015. – 368 с.
3. Аренков И. А., Бичун Ю. А. Определение ценности клиентской базы компании в рамках концепции маркетинга взаимоотношений / И. А. Аренков // Вестн. С.-Петербург. ун-та, Сер. 8 (Менеджмент). – 2015. – Вып.1. – С. 112–116.
4. Аренков И. А., Галенко В. П., Платонов В. А. Коммуникации предпринимательской структуры: маркетинговый аспект мотивации персонала / И. А. Аренков // Экономика и управление. – 2017. – № 2/12. – С. 51–57.
5. Аудит и контроллинг персонала организации [Текст]: Учебное пособие / Под ред. проф. П. Э. Шлендера. – М. : Вузовский учебник, 2016. – 224с.
6. Беляевский И. К. Маркетинговое исследование: информация, анализ, прогноз: учеб. пособие / И. К. Беляевский (перизд). – М. : Финансы и статистика, 2016. – 320 с.
7. Введение в практическую социальную психологию [Текст] / Под ред. Ю. М. Жукова, Л. А. Петровской, О. В. Соловьевой. – М. : Смысл, 2016. – 377 с.
8. Веснин В. Р. Менеджмент [Текст]: Учебник / В. Р. Веснин (переизд). – М. : Проспект, 2018. – 502 с.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГА В РОССИИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ COVID-19

Рубцова Марина Константиновна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Кукина Елена Николаевна*

В начале 2020 г. пандемия COVID-19 начала активно распространяться по всему миру. Эта проблема в 2020-2021 гг. стала одной из самых главных в России и оказала серьезное влияние на различные сферы деятельности.

Так, были отменены или перенесены почти все международные мероприятия, закрыты места массового скопления людей: торговые центры, театры, концертные залы, фитнес-клубы, музеи и другие.

Консалтинговая компания Accenture вместе с Oxford Economics провели исследование и выявили, что только 12% корпораций смогли быстро приспособиться к новым условиям рынка во время пандемии COVID-19, что говорит о том, что современные бизнес-модели требуют постоянного усовершенствования и обновления [1].

Поскольку множество людей перешли на самоизоляцию или удалённую работу, существенно возросло использование электронных средств коммуникации, а как следствие – и интернет маркетинга.

С ужесточением мер самоизоляции населения число пользователей сети Интернет возросло более чем на 20 % [2]. В современных условиях Интернет используется не только как средство передачи информации на расстоянии, но и как эффективное средство интернет-маркетинга. Интернет маркетинг – это комплексное использование технологий и приёмов маркетинга в сети интернет, продвижение товаров и услуг посредством онлайн сервисов [1].

Сегодня многие организации ввиду ущерба, который нанесла пандемия COVID-19 финансово-экономическому состоянию организаций урезают маркетинговый бюджет, оставляя лишь расходы на инструменты интернет-маркетинга.

Согласно оценке Организации Экономического Сотрудничества и Развития (ОЭСР) пандемия COVID-19 способна замедлить мировой экономический рост практически в два раза [3]. В соответствии с этим будут сокращены

рекламные и маркетинговые бюджеты и будет перепрофилирование бизнеса в сферу online [4].

В сложившихся условиях неопределённости организации отдают предпочтение менее затратным и наиболее гибким способам продвижения, например, такие как, контекстная реклама, реклама в социальных сетях и группах, медийная реклама и форматы онлайн-СМИ [5].

Так, по данным исследования Mail.ru Group и компании ResearchMe, проводившемся в апреле 2020, в период пандемии люди стали чаще читать новости (70 %) и учиться онлайн (58 %) [6]. Около 23 % опрошенных заинтересовались онлайн-лекциями и экскурсиями по музеям, 20 % – доступом к образовательным интернет-площадкам, 21 % респондентов начали пользоваться online заказом и доставкой продуктов и 35 % – еды из кафе.

Также, подавляющее число жителей России начинают больше задумываться о собственном здоровье, поддержании финансового благосостояния, и удовлетворении основных нужд, находящихся на нижних уровнях пирамиды Маслоу. Предпочтения потребителей стремительно изменились под влиянием COVID-19, что обусловило падение продаж во многих успешных до пандемии секторах экономики [4].

Спад онлайн-продаж наблюдается в следующих отраслях: туризм, особенно, международный, продажа автомобилей, дорогих брендовых товаров, подарков и цветов, недвижимость, услуги салонов красоты и спа-центров. Востребованными сервисами в период пандемии стали сервисы по доставке продуктов питания и готовых блюд из кафе и ресторанов (Delievery Club, СберМаркет, Яндекс.Еда), стриминговые сервисы (Netflix, TNT-Premier), онлайн кинотеатры (Okko, КиноПоиск, Wink, IVI), игры и образовательные ресурсы, e-коммерция (WildBerries) [7].

Отдельная и интересная тема развития современных технологий в сфере бизнеса и маркетинга – это службы доставки. Компании подстраивают под доставку свои сайты, социальные сети и выпускают приложения. В массовом сегменте спрос на доставку продуктов значительно выше, чем на готовую еду [1]. В ситуации экономической неопределенности потребителям выгоднее и безопаснее заказать продукты и приготовить блюда самостоятельно. В связи с пандемией COVID-19 появилась новая потребность покупателей, и, как следствие, и новая услуга – бесконтактная доставка. Множество компаний предоставляют данную практику своим клиентам, опять же, заботясь об их здоровье

и вызывая доверие. Фирмы, которые смогли быстро среагировать и перекалифицировать свой бизнес с офлайн-продаж на онлайн с предоставлением безопасной доставки, смогли не только сохранить компанию, но и преумножить прибыль. В России такую практику имеют следующие бизнес-компании: Delivery Club, Яндекс.Еда, Wildberries, Ozon и другие. Однако, если крупные бренды и франшизы могут похвастаться растущими показателями трафика и продаж, то малый и средний бизнес чувствует себя гораздо хуже.

В рамках глобального кризиса, связанного с упадом экономики из-за масштабного распространения COVID-19, развитие on-line маркетинга бесспорно изменяется. Онлайн-рынок стремительно растет и будет расти и после пандемии. Значительным образом меняются стратегии, которые направлены на минимизацию рекламных затрат и при этом на извлечение организацией максимальной прибыли. Одновременно началась модернизация и оптимизация интернет – сайтов, улучшение контента и адаптация их формата под работу с мобильными приложениями. На данный момент сложно спрогнозировать вектор будущего развития, так как все мы являемся свидетелями трансформации мировой рекламной индустрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляков С. А., Эйрих В. Е., Степина И. О. Изменение потребительского поведения и тренды маркетинга, перемены после пандемии Covid-19 //ЦИТИСЭ. – 2020. – № 3. – С. 363.
2. Технологии и медиа. Интернет-провайдеры рассказали о росте нагрузки на сети // ИА «РБК» URL: https://www.rbc.ru/technology_and_media/31/03/2020/5e81fa5e9a7947c6b6442bac/ (Дата обращения: 01.11.2021).
3. Coronavirus is plunging the global economy into its worst crisis since 2009// Cable News Network Business: Business News URL: <https://edition.cnn.com/2020/03/02/business/oecd-global-economy/index.html> (Дата обращения: 03.11.2021).
4. Change in online traffic of selected industries worldwide as of May 2021 // Statista – The Statistics Portal for Market Data URL: <https://www.statista.com/statistics/1105486/coronavirus-traffic-impact-industry/> (Дата обращения: 03.11.2021).
5. Как Covid-19 меняет рынок онлайн-рекламы // vc.ru – бизнес, технологии, идеи, модели роста, стартапы URL: <https://vc.ru/marketing/116044-kak-covid-19-menyaet-rynok-online-reklamy/> (Дата обращения: 03.11.2021).
6. Исследование Mail.ru Group: как ведут себя пользователи рунета в период распространения коронавируса // Advertology.Ru: наука о рекламе URL: <http://www.advertology.ru/article149030.htm> (Дата обращения: 21.10.2021).
7. Терехова Я. Е. Обзор рынка digital-маркетинга в России в период пандемии коронавируса //ББК. – 2020. – №. 5. – С. 319.

СОВРЕМЕННОЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО И УРОКИ ПАНДЕМИИ

Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Данное теоретическое исследование посвящено изучению холистичности современного пространства и отдельной роли пандемии COVID-19 в нем. Общество и экономика непрерывно развивается в рамках пространства и времени. Под пространством мы понимаем объективную реальность, форму существования материи, характеризующуюся протяжённостью и объёмом [1]. Концепт холистического пространства вмещает в себя несколько уровней – биологический, социальный, экономический, информационный, каждый из которых в ходе развития пространственных форм поэтапно абсорбировал характеристики предыдущего уровня [2]. В данной работе мы исследуем новые явления, появившиеся на каждом пространственном уровне в период пандемии, а также возникшие межуровневые взаимовлияния и взаимозависимости.

Хронология событий включала регистрацию нового вируса, появление первых заболевших, резкую вспышку заболевания, распространение инфекции в мире, признание ВОЗ пандемии 11 марта 2020 года. На тот момент число зараженных по всему миру составило 118 тыс. человек. По данным на 27.10.21 по всему миру зарегистрировано 245 043 188 случаев заражения [3]. На сегодня нельзя сказать, что какая-либо страна справилась с пандемией, развитие и распространение вируса носит волнообразный характер, после определенного снижения численности заболевших может снова наступить подъем.

В социальном пространстве происходили волнения, непонимание и протестное реагирование. Можно сказать, что пандемия стала лакмусом социальных реалий, показателем уровня доверия в обществе и фактором обострения противоречий. В России протестные настроения приняли форму отказа от вакцинации, никак не обоснованную с точки зрения здравого смысла. Кроме того, на социальном уровне произошло появление новых форм и норм поведения, которые мы назвали 3С – самодиагностика,

самолечение и социальная ответственность. Появление тестовых систем, с помощью которых можно самостоятельно определить свое состояние – наличие или отсутствие инфекции позволяет проводить самодиагностику, что в современных условиях значительно ускоряет процесс начала оказания медицинской помощи.

Самолечение, несмотря на двусмысленность данного слова, в контексте пандемии также возможно и допустимо для облегчения функционирования системы здравоохранения и для больных, переносящих вирус в легкой форме при условии проведения телемедицинских консультаций. А ответственное социальное поведение выражается в безусловном принятии санитарно-гигиенических норм, их выполнении, прохождении вакцинации. Социальную ответственность человек несет не только за себя, но и за окружающих, которые могут пострадать от его беспечности. Не секрет, что некоторые больные, переносящие вирус в легкой форме, заразили родственников, болезнь которых носила гораздо более тяжелый характер. Социальная ответственность носит разную степень выраженности в зависимости от страны проживания, так, если в Швеции уже по желанию прививаются подростки, имеющие основную мотивацию – не заражать окружающих [4], то в России приходится прибегать к административным мерам, а в Израиле власти с июля месяца 2021 года решили привлекать к уголовной ответственности заразившихся коронавирусом, которые сознательно не соблюдают самоизоляцию [5].

Мировая экономика сильно пострадала в период пандемии. Был объявлен локдаун, случился спад производства, снижение потребительской активности и затем неожиданно быстрое восстановление, то есть экономика продемонстрировала способность саморегуляции и реабилитации. Кризис носил нестандартный характер, в отличие от обычных экономических кризисов, начинающихся осенью и затем продолжающихся в течение года, пандемический кризис последовал в первом квартале 2020 года и затем перешел в восстановительный период к концу четвертого квартала [6]. Экономическим агентам потребовалась помощь со стороны государства, и она была оказана, но в разной форме. Большинство развитых стран и Китай в том числе, прибегло к проактивным push-мерам государственной поддержки – без лишних справок и бюрократизации, автоматическое получение льгот,

которые «продавливаются» в рынок конечным получателям. В России же был применен pull-подход, когда конечный потребитель вынужден «вытягивать» необходимые ему средства финансовой поддержки у государства, заполняя при этом большое количество справок и подтверждений и при этом без гарантии оказания помощи, так как денежные средства распределялись выборочно по критерию наиболее пострадавших отраслей [7].

Пандемия нарушила цепь поставок в сфере здравоохранения, когда Китай и Индия ограничили вывоз сырья и средств индивидуальной защиты в силу формирующегося в их странах дефицита. Таки образом были выявлены слабые места в системе, подлежащие совершенствованию для построения внутренней системы безопасности, были найдены новые поставщики, в том числе средств защиты нетрадиционного, адаптировавшие свои производства под нужды здравоохранения.

Информационный уровень, являющийся доминантным в нашу эпоху, в результате пандемии получил мощный толчок для развития даже в тех областях и сферах, которые ранее оспаривались специалистами. Так, вопросы внедрения телемедицинских консультаций, которые в нашей стране в настоящий момент идут в формате врач – врач, в развитых странах перешли в формат врач – пациент. Удаленные консультации, носимые устройства, обеспечивающие мониторинг больных, стали нормой. Применение инструментов домашней диагностики все более активизировалось. Так, в США, например, было выдано разрешение на использование «пластырных» кардиомониторов (patch-мониторов) G MedicalInnovations для пациентов, получающих лечение от коронавируса на базе лекарственных средств, которые могут влиять на работу сердца.

Кризис также активизировал внедрение в медицинских организациях систем обработки больших данных и аналитики для моделирования сценариев и принятия решений. Непрерывный онлайн мониторинг заболеваемости, прогнозы о количестве пациентов, коечном фонде, аппаратах ИВЛ – все эти задачи в настоящий момент во многих странах решаются с помощью информационных систем.

Современная ситуация пандемии, экономического и социального кризиса и в ответ резкого скачка информационных технологий еще раз дока-

зала тезис о холистичности пространства, поскольку изменение на биологическом уровне – появление нового вируса привел к кардинальным сдвигам на всех остальных. Пандемия усилила степень холистичности современного пространства, продемонстрировав всеобщую системность и взаимозависимость пространственных уровней. В период пандемии значительно возросла роль информационного уровня, на который перешли все основные социальные и экономические трансакции, и который продемонстрировал значительный рост, в том числе за счет появления инноваций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Толковый словарь русского языка / Под ред. Д.Н. Ушакова. – М.: Гос. ин-т "Сов. энцикл."; ОГИЗ; Гос. изд-во иностр. и нац. слов., 1935-1940. (4 т.)
2. Lomovceva O. A., Tkhorikov B. A., Gerasimenko O. A., Gukova E. A., Soboleva S. Y., Mamatova N.A SPATIOTEMPORAL ASPECT OF THE CLUSTER SYSTEMS EVOLUTION. Helix. 2018. Т. 8. № 1. С. 2621-2625.
3. Статистика коронавируса в мире [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://gogov.ru/covid-19/world> (Дата обращения: 27.10.21)
4. Сорокина Е. А. Коронавирус по-шведски // Медицинская антропология и биоэтика. 2020. № 1(19). С. 185-213. EDN: VZKRLU
5. Власти Израиля ввели уголовную ответственность для граждан с COVID-19 за намеренное нарушение самоизоляции [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://novayagazeta.ru/articles/2021/07/19/vlasti-izrailia-vveli-ugolovnuu-otvetstvennost-dlia-grazhdan-s-covid-19-za-namerennoe-narushenie-samoizoliatsii> (Дата обращения 03.09.2021)
6. Макроэкономические эффекты пандемии COVID-19 и перспективы восстановления экономики [Текст] : докл. к XXII Апр. между нарнауч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 13–30 апр. 2021 г. / Н. В. Акиндинова (рук. авт. кол.), Э. Ф. Баранов, В. А. Бессонов и др. ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2021. – 96 с. – ISBN 978-5-7598-2505-0 (в обл.). – ISBN 978-5-7598-2265-3 (e-book). С. 15 – 16
7. Ломовцева О. А., Соболева С. Ю., Соболев А. В. Сравнительная характеристика моделей государственной поддержки национальных экономик стран мира в условиях пандемии COVID-19 // Вестник университета. – 2021. – № 1. – С. 91-98.

ПРОФЕССИОНАЛЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ – ВРАЧИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Соловьев Николай Владимирович

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доктор медицинских наук,
доцент Поройский Сергей Викторович*

Введение. Пандемия COVID-19 стала серьезным испытанием для всех социальных сфер жизни общества, особенно для национальных систем здравоохранения. Первыми, кто оказался в новых экстремальных условиях стали медицинские работники [1]. Неслучайно ВОЗ назвала врачей «первой линией», сравнивая обстановку пандемии с боевыми условиями. Об этом же свидетельствует официальный регистр Министерства здравоохранения медицинских работников, погибших от COVID-19 и постоянно пополняющиеся данные «Списка памяти» [2].

Цель работы – показать характерные особенности экстремальной деятельности врачей в период продолжающейся пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Был проведен анализ доступных источников информации по рассматриваемой проблеме в сети Интернет. Социологический опрос на модели студентов лечебного факультета ВолгГМУ (N=219, средний возраст $20,1 \pm 1,17$ лет) проведен онлайн, с использованием Googleforms¹. Математическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Excell for Windows Statistica 17,0.

Результаты и их обсуждение. Согласно данным источников литературы в период пандемии профессиональная группа врачей оказалась в самых экстремальных условиях, с высокой степенью ответственности, неопределенности задач на фоне личного риска угрозы жизни и здоровью. В связи с этим профессиональный стресс врачей достиг максимальных уровней. Возникает парадоксальная ситуация, когда здоровье населения оказывается зависимым от здоровья врачей. Это связано не только с заболеваемостью (смертностью) врачей от коронавирусной инфекции, усугубляющей дефицит

¹ https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeD72qleAUSD1Z1lhRNjKi-meIMvYVHV7ia7UpA97jqdCvosA/viewform?usp=sf_link

кадров в первичном звене, но и прогнозируемым снижением качества оказания медицинской помощи в условиях постоянного профессионального стресса [3].

Согласно полученным результатам проведенного нами опроса, студенты-медики считают, что пандемия отразилась на правовой незащищенности врачей. В этой связи был предложен вопрос: «Справедливо, на Ваш взгляд, привлекать медицинских работников «красной зоны» к уголовной ответственности в период пандемии?», на который примерно половина респондентов (57,7 %; $p > 0,5$) выбрала отрицательный ответ. При этом будущие врачи осознают высокие риски личному здоровью – 89,7 % отметили их высокую степень и здоровью близких (89,8 %), что косвенно отражает понимание экстремальности ситуации для профессиональной группы.

Врачи, как профессиональная группа, получили «героическое» признание во всем мире. В период волн пандемии масс медиа писали о помощи медикам от бизнеса и населения: бесплатные трансферы, горячее питание и т.п. Несмотря на дефицит вакцин в экономически бедных странах, вакцинация медиков признана приоритетной в большинстве стран. В период пандемии выделилась особая группа волонтеров – медицинские волонтеры, которые также получили высокую оценку общества и правительственных структур.

Заключение. Несмотря на высокую экстремальность деятельности профессиональной группы врачей, пандемия COVID-19 способствовала и небывалому росту престижности этой группы. Героические примеры самопожертвования и ответственности врачей оказывают важное влияние на будущее поколение врачей, возвращая во многом утраченные за последние годы нравственные ценности профессии [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шкарин В.В., Зарубежный опыт мониторинга и оценки данных в условиях пандемии COVID-19. В сборнике: Безопасность – 2020 // Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции. Волгоград, - 2020. – С. 6-8.

2. Списки памяти [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://www.sites.google.com/view/covid-memory/home> (Дата обращения: 18.07.2021).

3. Kang L., Ma S., Chen M., et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: A cross-sectional study // Brain, Behavior, and Immunity. 2020. Vol. 87. P. 11–17.

4. Шкарин В.В. Волгоградский опыт гуманитарного образования в медицинском вузе // Биоэтика. – 2020. – № 1 (25).- С. 22-27.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Страшко Ирина Александровна

*Россия, Ставропольский государственный аграрный университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Остапенко Елена Анатольевна*

Современные условия работы российских банков в условиях пандемии коронавируса требуют особого внимания и оценки с точки зрения как негативных последствий и угроз, так и открытия новых возможностей для развития. Комплекс мероприятий, введенных ЦБ РФ с целью стабилизации ситуации, требует совершенствования мер для повышения эффективности работы банковского сектора с клиентами, которые понесли финансовые потери, для предотвращения углубления экономического кризиса и банкротств.

ПАО «Сбербанк России» разработал ряд антикризисных мер с целью минимизации рисков банковской деятельности и поддержки клиентов банка во время пандемии. Так главная цель функционирования банковской системы – это организация бесперебойного обслуживания экономики и сбалансированности спроса и предложения на денежном рынке, меры ПАО «Сбербанк России» должны быть направлены на обеспечение надежного и стабильного функционирования как отдельных банков, так и банковской системы в целом и выполнение ими основных функций, задекларированных в законе «О банках и банковской деятельности» – трансформационной, эмиссионной и стабилизационной [3].

Поскольку кредитные операции банков всегда характеризуются высокой степенью риска, в современных условиях этот риск повышается в разы. Понимая всю сложность ведения бизнеса и потребность в дистанционной работе или даже отпусках за свой счет для граждан в условиях карантина, ПАО «Сбербанк России» ввел особый льготный период обслуживания кредитов в период действия карантина для населения и бизнеса (кредитные каникулы). Льготный режим по кредиту могут получить граждане и бизнес, которые имеют финансовые трудности из-за карантина, то есть все, кто полностью или частично потерял доход и работу. В частности, банкам предложено

несколько вариантов реструктуризации таких кредитов: они могут освободить полностью или частично от уплаты тела кредита на время карантина с соответствующим удлинением кредита, а также может быть предложена капитализация процентных начислений и уплата их в будущем.

Важным аспектом для банков в период неопределенности является сохранение их ресурсной базы, ведь во время кризиса вкладчики особенно волнуются за свои сбережения и существует угроза оттока депозитов, что отрицательно сказывается на показателях банковской ликвидности и угрожает финансовой безопасности банка. Поэтому ПАО «Сбербанк России» не вводил никаких ограничений по форме и объему снятия депозитов по окончании их срока. Сегодня банки имеют достаточно средств, чтобы удовлетворить потребности клиентов как непосредственно в кассах отделений, так и в банкоматах. При необходимости ПАО «Сбербанк России» готов предоставить клиентам банка всю необходимую поддержку, впрочем, пока такой необходимости нет: банковская система хорошо капитализирована и имеет высокий уровень ликвидности [1, 4].

Во избежание распространения паники среди населения, а также обеспечение своевременного проведения платежей для клиентов очень важно, чтобы банковские учреждения продолжали работать в период карантина в штатном режиме, однако некоторые изменения в их работе все же имеют место. Прежде всего, следует отметить, что посещение банков клиентами и работа самих работников осуществляется с соблюдением всех гигиенических требований (обязательное наличие масок, дезинфекция рук, безопасное расстояние между людьми). На начальном этапе карантина отдельные банки сократили количество работающих отделений, что обусловило перевод отдельных работников на дистанционный режим работы, многие из них были вынуждены оформлять отпуска на неопределенное время. Однако такие отделы банков, как кол-центры, наоборот стали более загруженными работой из-за увеличения количества звонков и консультаций, поэтому работников других отделов начали временно направлять выполнять обязанности, не связанные с работой фронт-офиса. Большинство российских банков имеют достаточно развитые цифровые сервисы, и значительное количество услуг могут предоставлять клиентам в режиме онлайн, что является современно и безопасно.

Для того, чтобы коммерческие банки могли больше времени посвятить коммуникациям со своими клиентами, ЦБ РФ уменьшил административную

нагрузку на них, в частности, было отсрочено проведение стресс-тестирования, внедрены буферы капитала и отменены выездные проверки. Также будет отсрочено представление банками годовой финансовой отчетности и перенесено проведение оценки их бизнес-моделей [2,5].

Вследствие проведенного исследования установлено, что состояние банковской системы страны зависит от процессов, происходящих в экономике, а факторы кризисного влияния не всегда можно предусмотреть и подготовиться к ним, примером чего является мировой пандемия COVID-19. Осуществлена оценка мероприятий антикризисной программы ПАО «Сбербанк России», разработанной для укрепления банковской системы и поддержки экономики на период карантина. Проведенное исследование позволяет утверждать, что для банковского сектора данная программа оказалась действенной, однако введенных мер недостаточно для обеспечения экономической безопасности государства. Для преодоления кризиса необходимым условием является кредитование экономики, прежде всего малого и среднего бизнеса, для чего нужно сделать займы доступными. Поскольку существенное снижение учетной ставки до уровня, который устанавливают развитые страны, пока невозможно, нами предложено разработать специальные программы лояльности для коммерческих банков, которые кредитуют предприятия, пострадавшие от пандемии. Такое кредитование целесообразно осуществлять через государственные банки с целью минимизации банковских рисков, используя индивидуальный подход к каждому заемщику во избежание мошенничества и злоупотреблений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балобина Ю. А., Жукова Ю. С. Особенности работы Банка России в условиях пандемии коронавируса // Наука и молодежь: проблемы, поиски, решения : сб. науч. трудов. – 2020. – С. 108-110.
2. Дацко Г. В., Борисов С. В. Сценарии развития российских коммерческих банков в условиях пандемии COVID-19 // Наука и молодежь: проблемы, поиски, решения : сб. науч. трудов. – 2020. – С. 9-12.
3. Официальный сайт ПАО «Сбербанк России». Режим доступа: <https://www.sberbank.ru>
4. Паньков В. А., Мокеева Н. Н. Дистанционное банковское обслуживание, как элемент роста и развития банка в условиях кризиса и пандемии // Весенние дни науки : сб. науч. трудов. – Екатеринбург, 2020. С. 486-489.
5. Пудова Л. П. Особенности кредитования субъектов малого бизнеса российскими банками в условиях пандемии // Приоритетные направления инновационной деятельности в промышленности : – 2020. – С. 165-169.

ПАНДЕМИЯ COVID-19: ОПЫТ ЧАСТНОГО СТАЦИОНАРА
Ус Ольга Александровна, Чепурина Наталья Геннадьевна,
Бушенева Светлана Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Система мирового здравоохранения в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID 19 (далее – COVID-19) испытывает колоссальную нагрузку [2, 3]. В связи с реструктуризацией и перепрофилированием больниц под инфекционные отделения встал вопрос оказания плановой и срочной стационарной хирургической помощи населению. Согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организации в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» оказание плановой хирургической помощи было приостановлено [1]. Прием неотложных пациентов нес за собой риски инфицирования COVID-19 как госпитальных пациентов, так и медицинского персонала. С экономической точки зрения закрытие стационара частной медицинской организации на карантин сопряжено со значительными потерями и ставило под угрозу существование клиники [2, 4].

С целью оптимизации работы многопрофильного стационара администрация сети многопрофильных медицинских клиник «СОВА» пришлось отказаться от выполнения срочных операций, амбулаторное звено продолжило работать без изменений. На основании приказа МЗ РФ № 513н от 29.05.2020 и согласно внутреннего приказа, в дополнение к общепринятому объему предоперационного лабораторного и инструментального обследования были добавлены следующие позиции: анализ респираторного образца на наличие РНК SARS CoV-2, компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) не менее чем за три дня до госпитализации. На этапе стационарного лечения введены чек-листы по выявлению COVID-19, накануне госпитализации организовано телефонное общение с пациентами по уточнению их общего состояния и эпидемиологического анамнеза.

На догоспитальном этапе за период с марта 2020 г. по сентябрь 2021 г. у 67 (3,7 %) пациентов выявлены КТ-признаки вирусной пневмонии различного

объема поражения легочной ткани, без каких-либо клинических проявлений. Между тем, РНК SARS CoV-2 обнаружена в респираторном образце у 25 (1,4 %) человек, что явилось причиной отказа от госпитализации.

В период с марта 2020 г. по сентябрь 2021 г. на стационарном лечении в клинике «СОВА» находилось 1740 пациентов. Средний возраст обследуемых составил 51 год. Общее число оперативных вмешательств по различным профилям в исследуемой группе составило 1690. За аналогичный период до пандемии COVID-19 (2018-2019 гг.) данный показатель составил 1400 вмешательств. Осложнения наблюдались в 2 (0,1 %) и 1 (0,05 %) случаях, соответственно (не связаны с COVID-19). Осложнений, связанных с COVID-19, у лиц, перенесших указанное заболевание по анамнезу, не наблюдалось.

Таким образом, объем плановой хирургической помощи в условиях частного многопрофильного стационара в период пандемии COVID-19, увеличился.

В результате расширенного этапного обследования пациентов перед госпитализацией удалось своевременно диагностировать случаи COVID-19 и исключить госпитализацию инфицированных пациентов с бессимптомным течением заболевания, снизив тем самым потенциальный риск заражения для пациентов и персонала. Приоритетным, на наш взгляд, является выполнение КТ ОГК непосредственно перед госпитализацией в стационар. Внедрение данной методологии обеспечило непрерывную работу многопрофильного хирургического частного стационара по оказанию плановой хирургической помощи населению в период пандемии COVID-19.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. N 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19" (с изменениями и дополнениями).

2. М.В. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Ф.Б. Шамигулов, С.А. Чакрян, А.Р. Мухаметов, Т.М. Мурасов, Э.Н. Гайнуллина «Хирургическая служба в условиях пандемии COVID-19» (обзор литературы с кратким анализом клинического материала). ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа 2 ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №3», г. Уфа 3 Клиника ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа.

3. М.В. Тимербулатов, Л.Р. Аитова, Е.Е. Гришина, А.Е. Визгалова, Т.М. Зиганшин, А.А. Гарифуллин, Н.М. Казаков «ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19» ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа 2 ГБУЗ МЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа.

4. F. Di Marzo¹, M. Sartelli², R. Cennamo¹, G. Toccafondi³, F. Coccolini⁴, G. La Torre⁵, G. Tulli⁶, M. Lombardi⁷ and M. Cardì. Рекомендации по общей хирургии в условиях пандемии Covid 19. BJS 2020; 107: 1104–1106 (Британский журнал хирургии).

**ПАНДЕМИЯ COVID-19:
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Харитоновна Виктория Станиславовна¹,
Землянская Ирина Сергеевна²*

¹*Россия, Московский государственный юридический университет
имени О. Е. Кутафина*

²*Россия, Волгоградский институт управления – филиал РАНХиГС*

Здравоохранение и социальная сфера являются в условиях пандемии одними из приоритетных направлений государственной финансовой политики в Российской Федерации. Так, расходы на здравоохранение в 2021 году по сравнению с 2017 годом увеличились на 78 %. [1] Масштабная законодательная и нормотворческая работа, начавшаяся в 2020 году, продолжилась и в 2021 году. Концентрация всевозможных усилий по борьбе с коронавирусной инфекцией COVID-19 отражена в целом ряде важных, как законодательных решений Министерства здравоохранения Российской Федерации, так и нормотворческой работы Правительства Российской Федерации. Количество принятых нормативно-правовых документов весьма впечатляет. Так, в 2020 году было принято 12 федеральных законов, более 130 актов Правительства Российской Федерации и более 220 приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации. В 2021 году была продолжена работа по разработке и сопровождению более 50 проектов федеральных законов [2] Пандемия привела к необходимости применения так называемого механизма «регуляторной гильотины» в рамках нормотворческой деятельности государственных органов. Следствием применения данного механизма является отмена 115 актов Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации в следующих сферах: медицинская деятельность; обращение лекарственных средств; обращение медицинских изделий и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов. Интересным представляется факт инвентаризации более 20 тыс. актов СССР и РСФСР на предмет их прекращения действия с начала 2022 года. [2]

В рамках проводимой реформы контрольной и надзорной деятельности на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения имеется рубрика «Предложения по изменению нормативного регулирования», в которой юридические лица, индивидуальные предприниматели и пациенты могут заполнить опросный лист. Так, юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям предлагается в шестом вопросе выбрать один из следующих вариантов: полностью обновить нормативную базу; актуализировать нормативную базу или внести точечные изменения в нормативную базу. [3]

Проведенное исследование позволяет авторам сформулировать ряд выводов. Во-первых, за период 2020–2021 гг. существенно уменьшилось количество нормативно-правовых актов в сфере охраны здоровья. В 2021 году продолжено совершенствование законодательства в области лицензирования и контрольно-надзорной деятельности. Во-вторых, проводимые опросы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения подтверждают реализацию норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323–ФЗ. В-третьих, совокупность управленческих, финансовых и других мероприятий в сфере здравоохранения за период 2020–2021 гг. свидетельствует о существенной модернизации российской бюджетно-страховой модели данной отрасли.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В ГД озвучили, сколько средств направлялось на здравоохранение в 2019, 2020 и 2021 годах // URL: <http://duma.gov.ru/news/52447/> (дата обращения 06.11.2021)
2. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2020 году и задачах на 2021 год // URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/055/642/original/MZRF_2021_All_08-04-2021-Preview.pdf?1619014721 (дата обращения 06.11.2021)
3. Предложения по изменению нормативного регулирования // URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/pages/reform/opros/organizations> (дата обращения 02.11.2021)

**САНИТАРНЫЙ КРИЗИС COVID-19:
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ
И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ (УРОКИ ФРАНЦИИ)**

Черноуцан Елена Михайловна

*Россия, Москва, Национальный исследовательский институт
мировой экономики и международных отношений им. Е. М. Примакова РАН,
Московский государственный лингвистический университет*

На сегодняшний день Франция является единственным из пяти постоянных членов Совета Безопасности ООН, которому не удалось разработать вакцину против COVID-19. Это очень тревожный знак снижения её уровня в области разработки и производства инновационных медикаментов и методов лечения, учитывая высокий научный авторитет знаменитого Института Пастера и ключевые позиции на мировом фармацевтическом рынке ее компании Sanofi. Пока Франция выступает только в качестве субподрядчика, и на ее предприятиях происходит просто разлив иностранных вакцин, а не производство активных ингредиентов. Это не случайность. В основе – серьёзные структурные проблемы. Будут рассмотрены основные из них.

1. Рост зависимости от иностранных производителей и технологий

Пандемия COVID-19 обострила старые и выявила новые болезненные точки Франции в области здравоохранения. Уязвимость Франции в этом секторе проявилась и в острой нехватке лекарств в отделениях реанимационных больниц, и в трудностях с поставками медицинского оборудования, а главное пролила яркий свет на зависимость страны от иностранных производителей и технологий. Было обнаружено, что 30% лекарств, производимых на национальной основе – дженерики, а почти 80% активных ингредиентов поступают из Китая или Индии [1]. Отметим, что Франция долгое время оставалась лидером среди европейских стран по производству фармацевтических препаратов (1995 – 2008 гг.). В последнее десятилетие она уже позади Швейцарии, Германии и Италии. Более того, французский промышленный аппарат главным образом настроен на производство медикаментов по старым технологиям на основе химических компонентов. Биологические ингредиенты, которые сегодня становятся инновационной основой новых

лекарств, пока занимают весьма скромное место во французском фармацевтическом производстве. Неслучайно, производство новых инновационных биопрепаратов рассматривается правительством Франции как важнейшее стратегическое направление развития национальной фармацевтики. В конце 2020 г. был принят специальный план по превращению Франции к 2030 г. в европейского лидера в области биопродукции, что, в частности, предполагает увеличение за предстоящие 10 лет долю биопрепаратов, одобренных Европейским агентством лекарственных средств и произведенных во Франции, с 5 % до 20 % [2, Р. 14].

2. Недостаточный уровень финансирования исследований и разработок (далее ИР) в области здравоохранения

В новых эпидемиологических условиях именно государство, по мнению многих экспертов, должно взять на себя основную ответственность за риски, связанные с *COVID-19*. Государство во Франции традиционно является ключевым источником финансирования и гарантом развития фундаментальной науки. По расчетам ОЭСР, «за период 2011-2018 гг. во Франции государственные ассигнования на ИР в области здравоохранения в целом сократились на 28%, в то время как в большинстве развитых западноевропейских стран они выросли, в Великобритании на 16 %, в Германии на 11 %» [3]. В частности, согласно некоторым оценкам ряда экспертов «Германия вкладывает в фундаментальные исследования в области вакцин в 87 раз больше, чем Франция» [3]. Неслучайно, именно недостаточный уровень финансирования исследований в области медицины – одна из важнейших причин отсутствия Франции в группе мировых лидеров на мировом рынке вакцин от *COVID-19*.

3. Организационный кризис в области здравоохранения

Здравоохранение является ведущим сектором национального хозяйства Франции. Экономический вес данного сектора немалый, он составляет около 12,3% ВВП (расходы на здравоохранение и экспорт), в нем занято более 2 млн. человек [4, Р. 8]. Это один из тех немногих секторов, который вкладывает значительные средства в ИР и вносит позитивный вклад в торговый баланс Франции. Тем не менее, пандемия *COVID-19* выявила серьезные организационные проблемы, которые накопились за последние 10 лет и стали барьером в деле преодоления санитарного кризиса. В частности, это

проявилось в хроническом отсутствии средств защиты в начале пандемии, массовых увольнениях медицинского персонала в государственных больницах из-за риска заражения, тяжелых условий труда (чрезмерные темпы работы, неадекватный уровень заработной платы, давление со стороны руководства и пр.). *COVID-19* привел к масштабному увеличению несчастных случаев на производстве. Современная правовая система Франции не в состоянии урегулировать производственные риски, связанные с *COVID*, определить главного ответчика и возместить ущерб пострадавшим. По мнению ряда экспертов «необходимо срочно признать все производственные риски, связанные с пандемией, и создать систему полной их компенсации в форме фонда, финансируемого совместно предприятиями и государством» [5].

Итак: кризис, связанный с *COVID-19*, наглядно показал, что Франция не успевает за темпами и масштабами инноваций в секторе здравоохранения, которые за последнее десятилетие резко ускорились, что в конечном итоге привело к существенному подрыву технологического суверенитета в этой области. Сектор здравоохранения начинает рассматриваться правительством, наряду с традиционными государственными приоритетами (ядерная энергетика, вооружение и авиастроение и пр.), как ключевой элемент национального суверенитета. Восстановление суверенитета в области здравоохранения объявляется важнейшей стратегической задачей Франции. В конце июня 2021 г. Президентом Эммануэлем Макроном была официально озвучена амбициозная цель: «к 2030 г. Франция должна войти в число стран – лидеров по промышленному и инновационному развитию в области здравоохранения» [2, Р. 11].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chaffin Z. Vaccins contre le Covid-19 : pourquoi la France reste cantonnée à un rôle de sous-traitant // Le Monde. 19.04.2021. URL: https://www.lemonde.fr/economie/article/2021/04/19/vaccins-contre-le-covid-19-pourquoi-la-france-reste-cantonnee-a-un-role-de-sous-traitant_6077298_3234.html (дата обращения 04.09.2021).

2. Delmont-Koropoulis A., Guillotin V. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'innovation en santé. N° 708/Sénat. Session ordinaire de 2020-2021. P.: Sénat, 21 Juin 2021. URL: <http://www.senat.fr/rap/r20-708/r20-7081.pdf> (дата обращения 04.09.2021).

3. Déclaration de Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, sur le financement de la recherche vaccinale contre le Covid-

19, le 14 juin 2021. P.: Assemblée nationale le 14 juin 2021. URL: <https://www.vie-publique.fr/discours/280417-frederique-vidal-14062021>(дата обращения 14.09.2021).

4. Filière santé: gagnons la course à l'innovation. Note –Mars 2021. P.: Institut Montaigne P.: 2021. URL: <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/filiere-sante-gagnons-la-course-linnovation-note.pdf> (дата обращения 14.09.2021).

5. Teissonnière Jean-Paul, Topaloff Sylvie. Le Covid-19 est en train de produire un gigantesque accident du travail// Le Monde. 01.04. 2020. URL: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/01/le-covid-19-est-en-train-de-produire-un-gigantesque-accident-du-travail_6035129_3232.html (дата обращения 04.09.2021).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шарафиева Элиза Радимовна

*Россия, Казанский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель
Морозова Ольга Николаевна*

В настоящее время в ситуации пандемии коронавирусной инфекции, когда системы здравоохранения во всем мире сталкиваются с нехваткой ресурсов, паллиативная медицинская помощь находится в крайне уязвимом положении. Усугубляет ситуацию то, что коронавирус (COVID-19) наиболее опасен для людей старше 60 лет, а также для тех, кто страдает хроническими заболеваниями. Это означает, что как раз паллиативные пациенты, находящиеся в хосписах и паллиативных отделениях – в группе наивысшего риска.

Все страны были вынуждены перебросить все возможные силы на ликвидацию пандемии, ее последствий, медицинских работников, специализирующихся в области паллиативной помощи, часто направляли для оказания помощи пациентам с COVID-19, появилась сверхнагрузка на систему здравоохранения.

Особые навыки командной работы служб паллиативной медицинской помощи оказались необходимостью для пациентов с COVID-19. Прекрасные коммуникативные и психологические компетенции и навыки использовали при планировании тяжело контролируемой и быстро изменяющейся ситуации, а также в общении с пациентами и их родственниками. [1]

Основными вызовами текущего положения паллиативной помощи во время пандемии коронавирусной инфекции оказались: организационно-эпидемические – срочная реорганизация и перепрофилирование медицинских организаций; сверхнагрузка на систему здравоохранения в целом; сложности обеспечения медицинского персонала средствами индивидуальной защиты и дезсредствами; усугубление кадрового дефицита медицинских работников, связанное с их инфицированием COVID 19, лечением и профессиональным выгоранием; ограничение посещения родственников и

друзей пациентов в учреждениях стационарного типа, хосписах и паллиативных отделениях; сокращение или прекращение посещений пациентов на дому выездными патронажными бригадами; существенное ограничение финансовых возможностей социально ориентированных и благотворительных фондов. Лечебно-диагностические: усложнение условий лекарственного обеспечения пациентов, включая наркотические и психотропные препараты. Психосоциальные: стрессовые факторы для служб паллиативной помощи, пациентов в период карантина; страх заражения себя и других, изоляция, неадекватная поддержка базовых потребностей, неадекватная или недостаточно ясная информация и рекомендации органов здравоохранения; стрессовые факторы для персонала служб пациентов после окончания карантина; финансовые затруднения. [2]

В период пандемии паллиативная медицинская помощь столкнулась с нарушением главных принципов оказания этого вида помощи. Своевременное и регулярное купирование хронического болевого синдрома с применением наркотических анальгетиков, доступность обезболивания существенно снижена как за счет своевременности назначения и выписывания препаратов, так и за счет трудной осуществимости регулярного мониторинга, контроля эффективности и побочных эффектов. Один из постулатов паллиативной помощи – о том, что пациент и его родственники – это единое целое, а все решения о лечении и его планировании принимаются совместно, реализуется в крайне сложных условиях, а невозможность прощания с умирающим зачастую является глубочайшим стрессом для всех членов команды. [3]

Важность паллиативной помощи во время пандемии COVID-19 может быть неочевидной, поскольку система здравоохранения столкнулась с тяжелой эпидемической ситуацией и неожиданной необходимостью оказания лечебной помощи, постоянно растущему числу пациентов. Паллиативная медицинская помощь в условиях пандемии, с одной стороны, является системой со своими потребностями и трудностями, требующими крайне быстрых решений по оказанию помощи хронически больным пациентам, а с другой стороны – системой, которая может активно участвовать в помощи пациентам с коронавирусной инфекцией с целью обеспечения качества жизни и облегчения стойких тягостных симптомов. Поэтому с целью оптимизации

работы учреждений паллиативной медицинской помощи следует использовать любые виды дистанционных технологий с целью мониторинга состояния пациента и эффективности назначенного лечения, обеспечить общение пациентов с их родственниками. Принять меры для защиты персонала перегруженности, обеспечить условия для эффективной работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19). Рекомендации для стран и технические руководства. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/technical-guidance/>
2. Полевиченко Е.В. COVID-19 у детей: известное, неизвестное и реально // Журнал PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. – 2020. – СПЕЦВЫПУСК. – С. 27-34. URL: <https://pallium.pro-hospice.ru/>
3. Невзорова Д.В., Устинова А.И. Организация паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в период распространения коронавирусной инфекции // Журнал PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. – 2020. – СПЕЦВЫПУСК. – С. 11-14. URL: <https://pallium.pro-hospice.ru/>

ДИНАМИКА АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шкуратова Мария Владимировна

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

Исторически российская система высшего образования имеет высокий уровень консолидации в обществе и выступает как надежный, рекомендованный источник обучения как для собственных граждан, так и для иностранных абитуриентов. В этой связи процесс академической мобильности в России всегда являлся одним из приоритетных направлений деятельности университетов и имел положительную тенденцию расширения и диверсификации способов международного сотрудничества. Традиционно программы академической мобильности направлены на расширение научно-исследовательского взаимодействия и обмена опытом преподавателей и студентов разных национальных образовательных систем, что является неопределимым вкладом в развитие человеческого капитала стран-партнеров академической мобильности. До недавнего времени к «условным барьерам» академической мобильности относились вопросы социально-культурного и социально-экономического характера, однако пандемия COVID-19 стала поворотным событием для всех сфер мироустройства и негативно сказалась на реализации образовательных программ, научно-исследовательском и международном сотрудничестве высших учебных заведений [1].

Динамика показателей ежегодной входящей и исходящей академической мобильности (соотношение иностранных студентов, соотношение международных преподавателей, академическая репутация вузов) учитывается при ранжировании университетов в международных рейтингах. В этой связи рассмотрение и диахронный анализ ее уровня до пандемии, в период начала пандемии, а также в настоящий момент позволяет выявить пути и степень адаптации российских вузов к пандемии COVID-19.

В частности, согласно данным Международного рейтинга университетов QS (QS World University Rankings) тройку лидеров национальной системы высшего образования формируют – Московский государственный университет

им. М. В. Ломоносова, Санкт-Петербургский государственный университет, Новосибирский государственный университет [2]. В период с 2019 года по 2022 год данные вузы демонстрируют рост показателя «академическая репутация», в то время как показатели рейтинга «соотношение иностранных студентов» и «соотношение международных преподавателей» отмечены тенденцией с обратной зависимостью.

Характерным общим трендом является рост соотношения иностранных студентов в показателях 2022 года относительно показателей 2019 года, а именно: НГУ с 51,2 до 57,9; СПбГУ с 31,8 до 49,4; МГУ им. М. В. Ломоносова с 73,1 до 87,8. При этом в 2020–2021 гг. данный показатель демонстрировал падение ниже допандемийного периода, так соотношение иностранных студентов в НГУ снизилось до 47,2 в 2021 году, в СПбГУ до 35,8 и в МГУ им. М. В. Ломоносова до 56,1 в 2020 году. В то же время показатель соотношения международных преподавателей характеризуется общим трендом спада в 2019–2022 гг.: НГУ с 6 до 2,3; СПбГУ с 6 до 2; МГУ им. М. В. Ломоносова с 16,6 до 7,3. Подобная динамика роста иностранных студентов и спада численности международных преподавателей за представленный период прослеживается в общей выборке российских вузов рейтинга.

В ситуации ограничения академической мобильности обусловленной пандемией COVID-19 система российского высшего образования стала активно использовать единственно возможные «адаптационные механизмы» по минимизации и нейтрализации возникших рисков и угроз эффективности процесса обучения, основными из которых являются информационно-коммуникационные технологии. Способность обеспечения дистанционного обучения и предоставление доступа к цифровым национальным ресурсам, к электронным библиотечным сетям по всему миру, а также к научной периодике – по-новому характеризует сегодня национальные системы образования, в том числе и на международном уровне. В новых реалиях при осуществлении академической деятельности университета уровень цифровизации страны стал непосредственно влиять на степень интеграции в глобальное цифровое образовательное пространство. Приведенная выше статистика позволяет говорить, что в результате адаптирования российской системы высшего образования к условиям пандемии COVID-19 возникло новое явление «цифровой мобильности» международных студентов, в то время

как «цифровая мобильность» преподавателей характеризуется на данный момент низкой динамикой.

Предшествующая пандемии тенденция цифровизации университетов способствовала созданию собственных цифровых каналов, площадок, образовательных онлайн курсов и цифровому брендингу российских вузов, что стало значимым критерием для потребителей образовательных услуг при планировании собственной образовательной траектории. Однако, нельзя оставить без внимания вопросы качества цифрового образовательного контента при обучении в медицинских вузах.

Как и в традиционной модели государственных университетов, потребители знаний медицинской направленности формируют запрос на содержание теоретических дисциплин, с той лишь разницей, что возможность отработки практических навыков в учреждениях здравоохранения является не менее важной и сложно реализуемой в ситуации онлайн обучения, а также при условии перехода к «цифровой мобильности» студентов.

Результаты отчетов о самообследовании медицинских вузов РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, ВолгГМУ за 2019–2020 гг. свидетельствуют о том, что переход на дистанционные программы обучения из-за пандемии COVID-19 стал основным барьером в международном сотрудничестве и в реализации программ академической мобильности. В частности, в РНИМУ им. Н. И. Пирогова в 2020 году часть программ академической мобильности не была реализована в полном объеме, было прочитано две очные лекции приглашенными иностранными специалистами, остальные мероприятия реализовывались в дистанционном режиме. Тем не менее, число иностранных обучающихся возросло с 750 до 900 чел. В ВолгГМУ схожая ситуация с набором абитуриентов – на 1 курс зачислено 698 иностранных граждан из 50 стран мира, при том что план приема составлял 330 студентов. Программы международной академической мобильности ВолгГМУ в 2020 году были переведены в онлайн формат, согласно договоренностям о сетевом взаимодействии с зарубежными вузами-партнерами. В ПСПбГМУ им. И. П. Павлова соотношение иностранных студентов существенно не изменилось в обстановке пандемии – 31 иностранный гражданин зачислен на первый курс в 2019 году и 32 в 2020 году. Однако, академическая мобильность профессорско-преподавательского состава была приостановлена в 2020 году,

что соответствует общероссийской динамике, приведенной выше; международные программы научного сотрудничества перешли в онлайн формат.

Таким образом, ограничительные меры пандемии COVID-19 обусловили формирование «цифровой академической мобильности», которая на сегодняшний день остается основным способом научного, исследовательского и международного взаимодействия. Для российской высшей школы цифровая академическая мобильность выступает той ресурсной основой, которая позволит перенаправить традиционную трансляцию академической деятельности в новые формы большей информационной направленности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шторм первых недель: как высшее образование шагнуло в реальность пандемии [Авт. коллектив: А.В. Клягин и др.]. НИУ «ВШЭ», Институт образования. – М.: НИУ ВШЭ, 2020. – 112 с.
2. QS World University Rankings 2022 (n.d.). Retrieved from <https://www.topuniversities.com/university-rankings/world-university-rankings/2022>.

СЕКЦИЯ 10. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ И ПРОЦЕССОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 378.1

ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КОНЦЕПЦИЙ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА (LEAN-ТЕХНОЛОГИЙ) В СИСТЕМУ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Верле Ольга Владимировна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: кандидат экономических наук,
доцент Голиков Вячеслав Владимирович*

Бережливое мышление – это новая парадигма, которая стала основой для постоянного совершенствования процессов, производственных и сервисных организаций по всему миру. Бережливое производство нацелено на создание возможности повышения эффективности в деятельности за счет неуклонного устранения потерь [1]. Распространенное заблуждение состоит в том, что бережливое производство подходит только для производственных процессов. Lean-технологии могут применяться в любом бизнесе и процессе. Так, компании во всех отраслях и сферах услуг, включая здравоохранение и государственные органы, используют принципы бережливого производства [1]. Ниже мы поговорим, о возможности применения Lean-технологий в системе высшего медицинского образования.

В любой сфере есть три вида деятельности:

- Действия, которые добавляют ценность, – это те виды деятельности, которые, с точки зрения заказчика, делают более ценный продукт или услугу.
- Необходимые действия, которые не добавляют ценности. С точки зрения потребителя, такие действия не делают продукт или услугу более ценными, но с точки зрения поставщика такие действия не могут быть устранены.

- Ненужные действия, которые не добавляют ценности, – это те действия, от которых можно отказаться.

Концепция бережливого производства относится к эффективному управлению производственными процессами организации путем устранения потерь, то есть процессов, которые не добавляют ценности и не требуются [1].

Lean-технологии в академических кругах – это не тактика или программа сокращения затрат, а способ мышления и действий для всей организации. При рассмотрении с точки зрения образовательной среды бережливое производство представляет собой программу организационного развития, которая повышает производительность и удовлетворенность работой каждого человека в системе образования. Lean-технологии повышают ценность процесса, определяя и исключая этапы, которые не являются необходимыми и не добавляют ценности или даже препятствуют выполнению или завершению работы. Медицинские ВУЗы более эффективны в обеспечении своей деятельности и услуг за счет максимизации обучающих навыков всех учащихся и создания среды успеха и удовлетворения для всех за счет включения общесистемного подхода к своей организации. Другими словами, в рамках бережливого образования в учебной группе студенты и преподаватели сотрудничают как равные участники, вместе принимая решения для устранения проблем, одновременно обучаясь друг у друга. Проблемы, возникающие в процессе принятия решений, рассматриваются не как препятствия для достижения целей, а как возможности для генерации новых идей и инноваций. Однако возможности используются для того, чтобы укрепить и обновить соответствующий образовательный процесс. Такие принципы, как прозрачность, сотрудничество, скорость и совместное обучение, являются основными строительными блоками концепции бережливого производства.

Важный вопрос встает перед преподавателями, который звучит следующим образом: почему они должны интересоваться концепциями бережливого производства, если их продукт является чем-то совершенно другим, например, интеллектуальной собственностью и выпускниками, менее ощутимым, чем многие продукты промышленности. Задача здесь состоит в том, чтобы попытаться взглянуть на образовательные системы новыми глазами, чтобы понять лежащие в их основе потоки создания ценности. Womack [2] определил бережливое образование как три процесса: проектирование

(designing), создание (making) и использование (using). «Проектирование» означает формирование знаний, которые необходимо передать, «создание» означает предоставление учащимся опыта обучения, а «использование» означает, что учащиеся могут непрерывно учиться. Вопрос к педагогам заключается в том, можно ли сделать все эти процессы рациональными. Донеся эти концепции обучающимся, можно помочь студентам оценить бережливое мышление через практическую учебную деятельность [3]. Lean-подход может быть легко применен к структуре любого вуза, и, если он реализован со всеми его компонентами, создаст устойчивую, ориентированную на успех и на студента учебную среду на этапе оценки академической и социальной среды через процессы оценки. Хотя принципы, методы и связанные с ними инструменты бережливого производства успешно используются в сфере услуг, никогда не предполагалось, что вышеупомянутые методы будут применяться в системе медицинского образования. В системе медицинского образования самый большой вклад, который внесет Lean-подход, – это сделать учебную программу сбалансированной и свободной от пустых затрат времени. В этом контексте Lean-подход поможет создать сбалансированную и эффективную программу обучения и подготовки и позволит учащимся добиться успеха в обучении, обеспечивая повышенную продуктивность на всех этапах образовательного процесса. Другими словами, когда Lean-подход в полной мере адаптируется к сфере медицинского образования, это приведет к реализации программы организационного развития, которая продвигает каждое отдельное образовательное учреждение к цели повышения индивидуальной производительности и удовлетворенности работой. Lean-подход будет определять, исследовать и подвергать сомнению элементы, которые замедляют и затрудняют работу в образовательном процессе. ВУЗы, которые стремятся внедрить программу бережливого развития, позволят каждому обучающемуся добиться успеха и поднять свою успеваемость до высочайшего уровня [4].

Так, с 2018 года начала свою работу Ассоциация бережливых вузов, созданная на базе 10 российских институтов и университетов разных направлений. Цель данной организации – создание системы всеобщего обучения философии, инструментам и методам бережливого производства на уровне вузов [5]. Члены Ассоциации внедряют Lean-технологии в свою

деятельность, осуществляют подготовку высококвалифицированных кадров в условиях среды, основанной на принципах бережливого производства [5].

Таким образом, все преимущества, полученные от бережливого производства, помогут медицинским ВУЗам осуществлять непрерывное развитие и инновации в соответствии с требованиями нашего века [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dragomir C., Surugiu F. Implementing lean in a higher education university //Constanta Maritime University: Constanta, Romania, XIII. – 2013. – Т. 18. – С. 279-282.
2. Womack J. P. Lean thinking for education //LEAN/LAI EdNet Meeting. – 2006.
3. Parsons D., MacCallum K. Agile education, lean learning //Agile and Lean concepts for teaching and learning. – Springer, Singapore, 2019. – С. 3-23.
4. Yalçın tilfarlioğlu f. a new method in education: lean //Electronic Turkish Studies. – 2017. – Т. 12. – №. 6.
5. Гайворонская Т. В. и др. Применение анализа поля сил и модели организационных изменений К. Левина для повышения эффективности реализации концепции "бережливый вуз" в студенческой среде //Кубанский научный медицинский вестник. – 2021. – Т. 28. – №. 1. – С. 152-165.

ДЕЛОВАЯ ИГРА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Князева Марина Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Разностороннее развитие специалистов является приоритетным направлением в образовании, доказательством чему является востребованность направлений, предлагающих двойные степени. Профессия «менеджер» – не исключение. Наоборот, в эпоху быстро меняющихся экономических условий она не теряет своей актуальности, а занимает верхние строчки в топ-10 самых престижных специальностей. Знание английского языка значительно повышает востребованность менеджера на рынке труда, позволяя ему следить за всеми зарубежными трендами, проводить анализ рынка и аудитории и сотрудничать с иностранными компаниями- контрагентами. Помимо этого, 80% рабочего времени менеджеры проводят за переговорами, в том числе с иностранцами, поэтому продвинутый уровень английского языка, являющегося международным средством общения, – одно из необходимых качеств современного специалиста данной сферы. Актуальность темы обусловлена непрекращающимся процессом глобализации экономики, в том числе сферы здравоохранения – особенно в условиях пандемии, и связанным с ним спросом на специалистов, обладающих навыком и умением общения на английском языке, а также дистанционным форматом обучения в связи с новой коронавирусной инфекцией, требующим таких форм обучения, которые бы поддерживали мотивацию студентов.

Как хорошо известно преподавателям, одной из самых сложных задач является обучение говорению. Большую эффективность показывают такие методики обучения говорению без принуждения как проектные методы, метод кейсов и, особенно, ролевые игры. Ролевая игра считается дополнительным методом обучения языку и направлена на активизацию словарного запаса и развитие коммуникативных навыков.

Изучением особенностей применения ролевых игр при обучении английскому языку занимались А. М. Леонтьев, Д. Б. Эльконин, Л. С. Выготский, А. С. Макаренко, А. А. Вербицкий, П. П. Горностай.

Деловой игрой А.А. Вербицкий называет форму воссоздания в образовательном процессе предметного и социального содержания профессиональной деятельности, моделирования систем отношений, характерных для данного вида труда. Деловая игра является формой контекстного обучения и в то же время формой квазипрофессиональной деятельности, имеющей черты как учения, поскольку проводится в аудиторных условиях, так и труда, поскольку в ней моделируются реальные производственные процессы и социально-профессиональные отношения занятых на производстве людей [1. А. А. Вербицкий «Деловая игра в компетентностном формате»].

Деловая игра имеет ряд неоспоримых преимуществ перед классическими методами обучения говорению:

- мотивирует студентов, давая возможность осознать, как применить на практике полученные на занятиях умения и навыки;
- способствует расширению кругозора, лучшему запоминанию языковых клише, знакомству с бизнес-культурой стран изучаемого языка;
- развивает творческую языковую активность и реакцию.

Учитывая вышеперечисленные преимущества, а также требования к организации деловых игр, нами применяются деловые игры при обучении устному деловому английскому языку студентов направления «Менеджмент» (профиль «Управление в здравоохранении»). На занятиях моделируются ситуации с учетом специфики данного направления обучения. Во время деловой игры студенты лучше понимают содержание своей будущей профессии, таким образом, обучение принимает практикоориентированную форму.

В качестве примера можно привести специфику проведения деловой игры у студентов 1 курса на практическом занятии «My future profession of a manager». Целью является усвоение профессиональной лексики урока и умение ее использовать в устной речи в активных грамматических конструкциях на основе видеоинформации. Перед участниками были поставлены следующие задачи:

- развитие навыка монологической речи, аудирования;
- осознание нужности своей будущей профессии и возможностей, которые она открывает в профессиональной жизни.

Поскольку студенты после окончания программы нашего вуза по направлению «Менеджмент» (профиль «Управление в здравоохранении»)

будут работать в различных медицинских учреждениях, то необходимо было выполнить коммуникативную задачу: рассказать о работе своей мечты, используя информацию различных источников (видео, интернет, собственные представления).

Проведению игры предшествует языковая подготовка, во время которой студентам предлагается ряд вопросов для обсуждения касательно их будущей профессии, карьерных планов и качеств, которыми необходимо обладать для достижения успеха в данной сфере деятельности. «Далее для определения общего смысла изучаемой терминологии, а также закрепления её употребления в речи студентам-менеджерам предлагается просмотреть видеоролик о профессии менеджера в здравоохранении “What should I do with my life? What do healthcare managers do?”

«Далее студентам предлагается выполнить ряд заданий, направленных на реконструкцию недостающей информации (незавершённый кейс) или же проанализировать предложенную информацию в видеоролике (кейс с развёрнутым содержанием)». [6. портал]

В ходе данной игры участники были разделены на 2 группы. Сама игра состоит из двух частей:

1) тема первой части: работа с текстами Hospital pharmacy management и Clinical management. Во время первой части студенты, изучив информацию, должны подготовить сообщения о различных направлениях в работе менеджера здравоохранения, рассказать об обязанностях и перспективах работы. Задача групп представить максимально полную информацию о работе в разных сферах, используя раздаточный материал. Ответы оцениваются преподавателем. Задания внутри группы распределяются с учетом уровня подготовки студентов.

2) вторая часть игры посвящена сравнению рабочих обязанностей в зависимости от места работы. На данном этапе преподаватель параллельно использует презентацию, в которой представлены грамматические модели элементов сравнения.

3) во время третьей части игры студенты задают друг другу уточняющие вопросы и должны в свою очередь быть готовыми ответить на встречные.

В конце игры участники должны ответить на вопрос: «Почему они выбрали данную профессию?», подробно обосновав свой ответ.

Опыт проведения занятия по данному плану показал высокий уровень заинтересованности студентов, в том числе и учеников со слабыми иноязычными компетенциями.

В заключение стоит отметить, что подобный опыт показал свою эффективность. Помимо основной цели обучения говорению, в ходе подобных занятий развивается логическое и творческое мышление обучающихся как индивидуально, так и в группе, развивается общение, что способствует лучшему пониманию будущей профессии и своего места в нем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вербицкий А.А. Деловая игра в компетентностном формате.
2. Дронова О. В., Жолнерик А. И. Использование деловых игр в обучении профессиональному английскому языку. (O. V. Dronova, A. I. Zholnerik. Business role-playing in teaching professional English) Гуманитарные науки. Педагогика. № 2 (30), 2014
3. Рабичук Ю. В. Особенности применения ролевых игр в обучении деловому английскому языку.
4. Копрева Л.Г. Специфика организации деловой игры в обучении курсантов военного вуза (на примере дисциплине «Авиационный английский язык»).
5. Кузнецова С.В., Хайрова Х.Ж., Шепелева Е.В. Методы ролевой и деловой игры в обучении студентов неязыковых специальностей вуза английскому языку. <https://elearning.volgmed.ru/course/view.php?id=4576>

САМОМЕНЕДЖМЕНТ КАК ИНСТРУМЕНТ АДАПТАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кондрашова Рута Юргисовна, Поплавская Ольга Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В современных непростых условиях, когда высшая школа должна ориентироваться на новые требования, идея постоянного роста и саморазвития становится настоящей необходимостью для каждого специалиста, работающего в сфере высшего образования. Профессиональная деятельность современного преподавателя перенасыщена стрессогенными факторами, что повышает риск формирования эмоционального выгорания как «состояния физического, умственного и эмоционального истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях» [1]. Инструментом повышения уровня адаптации может стать самоменеджмент как «система способов деятельности, позволяющая максимально использовать собственные возможности, сознательно и рационально управлять своей жизнью, активно и эффективно влиять на внешние обстоятельства на работе и в личной жизни в своих целях» [2]. Задачи самоменеджмента: управлять собой, своим временем, своей жизнью, развиваться и совершенствоваться. Преимущества очевидны: выполнение работы с меньшими затратами времени, более совершенная организация труда; меньше спешки и стрессов; больше удовлетворения от работы; рост квалификации; снижение загруженности работой; сокращение ошибок при выполнении своих функций; достижение профессиональных и жизненных целей кратчайшим путем.

Мы провели исследование, участниками которого стали преподаватели ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России в количестве 100 человек; представители практически всех кафедр в возрасте от 25 до 75 лет. Цель заключалась в том, чтобы выявить, как взаимосвязаны между собой уровень владения правилами самоменеджмента и степень сформированности синдрома эмоционального выгорания у опрашиваемых. Мы предположили, что опора на самоменеджмент повышает уровень компетенции личностного самосовершенствования и тем самым снижает риск формирования синдрома эмоционального выгорания.

В качестве основных психодиагностических методик были выбраны: опросник «Профессиональное выгорание» – русскоязычная версия методики, разработанной на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона, модификации Н. Е. Водопьяновой, Е. С. Старченковой [1]; опросник «Уровень самоменеджмента» (Лукашевич Н. П.) [3].

По результатам исследования, у 71 участника опроса были выявлены различные симптомы эмоционального выгорания. Безусловно, мы учли, что на подобное положение вещей повлиял такой фактор как обучение в условиях пандемии COVID-19. Из этого числа у 34 опрошенных выявлено эмоциональное истощение, у 23 – деперсонализация, у 14 – редукция персональных достижений

Также нами была поставлена задача выяснить, какое количество опрошиваемых опирается на принципы самоменеджмента в своей работе. Результаты показали, что у 15 опрошиваемых выявлен высокий уровень владения правилами самоменеджмента; у 16 – средний уровень; в остальных случаях – низкий уровень.

При сопоставлении показателей симптомы выгорания и уровень самоменеджмента, было выявлено, что максимальное количество опрошенных с различными стадиями выгорания отмечается в группе с низким уровнем самоменеджмента. Из числа сотрудников с высоким и средним уровнем самоменеджмента у 4 опрошенных выявлены невысокие значения истощения и деперсонализации. Среди сотрудников с низким уровнем самоорганизации (с незначительным исключением – 2 человека) выявлены различные стадии эмоционального выгорания.

Наша гипотеза в рамках данного исследования подтвердилась: самоменеджмент помогает противостоять эмоциональному выгоранию. Выявленные закономерности обозначили необходимость оказания помощи преподавателям в освоении эффективных приемов самоменеджмента с целью повышения уровня компетенции личностного самосовершенствования. Нами была разработана соответствующая программа «Самоменеджмент преподавателя медицинского вуза». Программа предполагает использование передовых педагогических технологий, в частности, проведение интерактивных лекций, семинаров-практикумов, заседаний круглого стола, дискуссий, тренингов.

В рамках проведенного исследования нами также было выявлено, каким категориям преподавателей прежде всего может быть рекомендовано обучение, а также какие направления программы могут быть наиболее актуальными.

В результате анализа показателя «нагрузка» было выявлено, что большинство опрошенных сотрудников работает на 1,5 ставки – 43 человека; на 1 ставку – 41; на 0,5 ставки – 10; на 0,25 ставки.

Среди сотрудников, работающих с нагрузкой 1,5 ставки, больше всего «выгоревших». Именно этой группе преподавателей в наибольшей степени необходимы знания и навыки рациональной организации своего времени (тайм-менеджмент).

При анализе уровня самоменеджмента с учетом стажа работы было выявлены максимальные показатели по высокому уровню самоменеджмента в группе со стажем 16–20 лет, наибольшее количество опрашиваемых с низким уровнем самоменеджмента выявлено в группе со стажем 21–25 лет, и в этой же группе наибольшее количество участников опроса, у которых сформирован синдром эмоционального выгорания (15 человек). Эти данные и график уровня самоменеджмента в группах с различным стажем, позволяет сделать вывод, что преподавателям группы со стажем работы 21–25 лет прежде всего могут быть рекомендованы занятия по освоению навыков самоорганизации.

Таким образом, самоменеджмент помогает противостоять эмоциональному выгоранию. Разработанная нами программа «Самоменеджмент преподавателя медицинского вуза» должна способствовать повышению уровня адаптации преподавателя, прежде всего, компетенции личностного самосовершенствования. Использование на практике приемов самоменеджмента позволяет противостоять формированию синдрома эмоционального выгорания, и способствовать сохранению научно-педагогического потенциала вуза, повышению эффективности профессиональной деятельности преподавателя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика : практическое пособие. – М. : Юрайт, 2018. – 343 с.
2. Симонова А.А. Самоменеджмент как технология управления и саморазвития менеджера и персонала – Екатеринбург, 2007. – URL: <http://www.uraledu.ru/files> (дата обращения: 11.08.2021).
3. Лукашевич Н. П. Самоменеджмент: теория и практика: Учеб. пособие. – Киев : Ника-Центр Эльга, 2007. – 344 с.

**ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН:
МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ
И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

Рублева Алёна Игоревна, Головкова Дарья Витальевна

*Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: профессор кафедры общей и клинической психологии,
кандидат медицинских наук, доктор социологических наук,
профессор Деларю Владимир Владимирович*

Введение. С появлением актуализированных федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (ФГОС 3++) автономия вузов в плане определения целесообразных для преподавания дисциплин, соответствующих профессиональным стандартам и компетенциям, значительно расширяется. Свобода вузов проявляется, главным образом, в возможности самостоятельной разработки учебных планов и программ, определении содержания и методов обучения, разработки новых курсов по выбору [2]. Из этого вытекает вопрос о целесообразности внедрения новых учебных дисциплин и их применения. В связи с этим большой интерес вызывает отношение как студентов, так и преподавателей к введению новых элективных курсов в образовательную программу.

Цель. Изучение мнения студентов–клинических психологов и преподавателей о целесообразности введения новых учебных дисциплин.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование 209-ти человек: 182 – студенты Волгоградского государственного медицинского университета, обучающиеся по специальности «Клиническая психология» (студентов 1-го курса было 33 человека, 2-го курса – 69, 3-го курса – 22, 4-го курса – 32 и 5-го курса – 26 человек), 27 человек – преподаватели данного вуза (26 человек – с преподавательским стажем в вузах 10 и более лет, 1 человек – с преподавательским стажем в вузах до 10-ти лет).

Полученные результаты и их обсуждение. О целесообразности введения элективного курса «Применение Интернета для проведения психологической диагностики и консультирования» высказалось 72,7 % опрошенных, причем среди студентов – 73,1 % (72,7 % – с 1-го курса, 81,2 % – со 2-го, 45,5 % – с 3-го, 68,8 % – с 4-го и 80,8 % – с 5-го курса), среди преподавателей – 70,4 %.

Противоположное мнение встретилось в 8 раз реже – у 9,6 % респондентов, среди которых 22,2 % было преподавателей, 7,7 % – студентов (12,1 % – с 1-го курса, 4,3 % – со 2-го, 13,6 % – с 3-го, 12,5 % – с 4-го и 0 % – с 5-го курса). Остальные (17,7 %) затруднились ответить на данный вопрос (7,4 % среди преподавателей и 19,2 % среди студентов).

Поддержали идею введения нового элективного курса «История клинической (медицинской) психологии» 62,7 % опрошенных, из них среди студентов было 63,7 % (69,7 % – с 1-го курса, 56,5 % – со 2-го, 59,1 % – с 3-го, 71,9 % – с 4-го и 69,2 % – с 5-го курса), среди преподавателей – 55,6 %. Нецелесообразным внедрение новой дисциплины считали 13,4 %, причем среди преподавателей таких было 18,5 %, а среди студентов – 12,6 % (по курсам: 12,1 %, 10,1 %, 22,7 %, 15,6 % и 7,7 % соответственно). Не смогли дать однозначный ответ 23,9 % участвовавших в опросе (25,9 % – преподавателей и 23,6 % – студентов).

Сравнение мнений студентов и преподавателей относительно введения в образовательную программу нового элективного курса «Применение Интернета для проведения психологической диагностики и консультирования» показало, что большинство (70,4–73,1 %) как студентов, так и преподавателей считают это целесообразным. Также отмечено, что отрицательный ответ на данный вопрос чаще встречался у преподавателей (так думали 22,2 %), чем у студентов (7,7 %), причем большинство преподавателей, участвовавших в опросе, было с преподавательским стажем в вузах «10 лет и более», нежели «до 10-ти лет» (96,3 % против 3,7 %), что, вероятно, могло способствовать такой тенденции их ответов.

При сопоставлении ответов студентов и преподавателей относительно целесообразности наличия элективного курса «История клинической (медицинской) психологии» установлено, что мнения первых и вторых, в целом, совпадают: большинство и студентов, и преподавателей (55,6–63,7 %) выступило за введение новой дисциплины в образовательную программу, меньшинство (12,6–18,5 %) – против.

Выводы. И преподаватели, и студенты – клинические психологии считают целесообразным (62,7–72,7 %) внедрение в образовательную программу новых учебных дисциплин типа «Применение Интернета для проведения психологической диагностики и консультирования»

и «История клинической (медицинской) психологии», причем среди студентов такого мнения придерживались учащиеся всех 5-ти курсов.

Единственным расхождением оказалось частота отрицательных ответов на вопрос касательно элективного курса «Применение Интернета для проведения психологической диагностики и консультирования» среди студентов и преподавателей. Так, было отмечено, что тенденция отвечать «нет» на вопрос о том, разумно ли наличие данного курса в образовательной программе, чаще встречалась среди преподавателей, чем среди студентов: если процентное соотношение ответов «да» студентов и преподавателей на данный вопрос было 73,1 % и 70,4 %, то вариант «нет» выбрали 7,7 % и 22,2 % соответственно. Можно предположить, что определяющим фактором здесь послужило большее предпочтение стажированных преподавателей (96,3 % имели преподавательский стаж в вузах 10 и более лет) традиционных способов организации рабочего процесса, чем дистанционных видов деятельности (ее профессиональное осуществление с использованием информационно-телекоммуникационных сетей на расстоянии). Возможно, определенное количество более опытных преподавателей выступило против наличия данного курса из-за ряда проблем, связанных с применением цифровых технологий в образовательной / профессиональной деятельности. К таким проблемам можно отнести, к примеру, низкий опыт преподавателей в использовании компьютера и Интернет-технологий [3], загруженность преподавателей, дефицит времени на освоение и применение цифровых технологий, увеличение отчетной документации [1]. Поэтому современные студенты (так называемое поколение Z), в силу достаточно активного использования цифровых технологий и положительного к ним отношения, реже выступали за нецелесообразность наличия элективного курса «Применение Интернета для проведения психологической диагностики и консультирования» относительно профессорско-преподавательского состава.

При этом в специальной литературе отмечается (и с этим следует согласиться), что проведение психологической диагностики и коррекции с помощью Интернета практикующими (в том числе клиническими / медицинскими) психологами будет постепенно приобретать все более широкий масштаб, и поэтому учащиеся должны иметь знания об этике и специфике использования Интернет-технологий в данных направлениях, но эти знания

могут быть получены в рамках соответствующего факультатива на 5-м курсе (9-м или 10-м семестре), а более раннее использование студентами подобных Интернет-технологий не желательно [4, 5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурганова Л. А., Юрьева О. В. Отношение вузовских преподавателей к использованию цифровых технологий: социологический анализ // ВЭПС. – 2020. – №1. – С. 105-108.

2. Гаврилюк О. А. Академические свободы и автономность в современном российском высшем образовании: прикладные аспекты // Известия ВГПУ. – 2013. – №5 (80). – С. 20-23.

3. Галиханов М. Ф., Хасанова Г. Ф. Подготовка преподавателей к онлайн-обучению: роли, компетенции, содержание // Высшее образование в России. – 2019. – Т.28, №2. – С. 51-62.

4. Деларю В. В., Волчанский М. Е., Болучевская В. В., Навроцкая Ю. С. Этические проблемы обучения клинических психологов в супервизии // Биоэтика. – 2018. – №2 (22). – С. 53-55.

5. Delarue V. V., Kondratyev G. V., Navrotskaya Yu. S., Guba T. I. Ethical problems of preparing clinical psychologists in the context of their Internet use for psychological diagnosis and correction // Биоэтика. – 2019. – №2 (24). – С. 46-49.

АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ВолгГМУ НА РЫНКЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

Чеканин Игорь Михайлович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук,

доцент Князев Сергей Александрович

В настоящее время модернизация среднего медицинского образования – объективная необходимость, обусловленная социально-экономическими и политическими преобразованиями. При этом основной целью является системное повышение качества и доступности образования, расширение возможностей непрерывного образования для всех категорий граждан, в том числе инвалидов и лиц с ОВЗ.

Сложный и многогранный процесс подготовки высококвалифицированных специалистов может быть результативным при соблюдении целого ряда требований, в том числе последовательного осуществления научно-исследовательских, организационно-управленческих и законодательных действий, что приведет к результату, когда образовательная организация будет конкурентоспособной на рынке образовательных услуг.

При развитии образовательного учреждения большое значение приобретает SWOT-анализ, включая выявление положительных и негативных тенденций, возможных рисков и угроз на пути устойчивого развития по таким важным направлениям, как сохранение и рост контингента студентов, качество их подготовки, востребованность на региональных рынках труда, а также рост внебюджетных доходов и эффективное использование ресурсного потенциала образовательного учреждения.

Анализ внешней среды

Внешняя среда оказывает разнообразное влияние на колледж, которое может проявляться в разных формах, предоставляя благоприятные условия и возможности для его эффективного функционирования и развития, либо создавая угрозы для его существования.

Внешнее окружение определяет количественные и качественные параметры спроса на образовательные услуги, регулирует деятельность

органов и организаций, обеспечивающих и производящих эти услуги, служит источником материальных и людских ресурсов, потребляет конечную продукцию. Внешняя среда оказывает различное по характеру, степени и периодичности влияние на сферу профессионального образования в целом и на её отдельные элементы.

На социальном уровне наблюдается снижение демографических показателей, приводящих к уменьшению контингента. Общая численность выпускников школ за последние 10 лет уменьшилось в 1,5 раза. В результате снижаются требования к абитуриенту и уровень стартового качества знаний студентов. Это условие влечет за собой изменение системы обучения и системы сопровождения как студентов, так и преподавателей колледжа.

В связи с развитием рынка образовательных услуг государственные образовательные учреждения стали испытывать всё большую конкуренцию. В последние годы изменилась роль образовательной деятельности: произошел переход от качественной реализации образовательного стандарта к профессиональной подготовке специалиста, готового к самообразованию в течение всей жизни, способного к прогнозированию своей профессиональной карьеры.

В таких условиях для обеспечения устойчивого развития колледжа с точки зрения его привлекательности и эффективности можно считать необходимым:

1. выявления и изучение актуальных для потребителей профессиональных функций в сфере предполагаемой деятельности выпускников,
2. расширения спектра специализаций и организации соответствующей подготовки по программам дополнительного образования,
3. качественного обновления содержания образования, обеспечивающего формирование у студентов таких базовых компетенций, как коммуникативная, экономико-правовая, информационная культура, социальная ответственность, инициативность, способность к саморазвитию.

Изменения экономической ситуации в регионе, как и в целом в стране, повлекли за собой серьёзные социальные последствия: ухудшение материального положения семей с невысоким уровнем доходов, которые являются традиционными поставщиками контингента обучающихся в СПО; ухудшение демографической ситуации; сокращение государственных гарантий социальной

защиты и т.п. Все это не может не влиять на процессы развития образовательного учреждения. Кризис в экономике, отразившийся на состоянии рынка труда, вызвал системные изменения в сфере занятости: обострилось положение с трудоустройством выпускников, исчезли гарантии пожизненной занятости, стала реальной перспектива смены работы (специальности), закончились государственные гарантии трудоустройства выпускников по окончании учебного заведения.

Возросли и изменились требования работодателей к качеству подготовки специалистов, вместе с тем сохранилось недостаточное использование достижений научно-технического прогресса в образовательном учреждении в связи с низким уровнем оснащённости компьютерами, возможностями использования сети Интернет, оснащённостью современным специализированным лабораторным оборудованием, недостатком квалифицированных кадров, несовершенством системы повышения квалификации специалистов профобразования.

Анализ внутренней среды

Колледж осуществляет подготовку квалифицированных специалистов среднего медицинского звена по специальностям:

- Сестринское дело
- Фармация
- Стоматология ортопедическая
- Стоматология профилактическая.

В учебном процессе колледжа принимают участие профессорско-преподавательский состав ВолгГМУ и штатные преподаватели колледжа. Обучение студентов осуществляется на 39 кафедрах университета. Профессорско-преподавательский состав, обеспечивающий учебный процесс в колледже, ведет занятия и со студентами университета, таким образом, обеспечивается не только высокий уровень подготовки студентов, но и преемственность знаний, получаемых студентами среднего и высшего медицинского образования.

Контингент студентов на 01.10.2021 составляет 637 человек из них на бюджетной форме обучения – 333, на договорной- 304 человека.

В соответствии с лицензией колледж осуществляет подготовку по дополнительным профессиональным программам:

- «Современные аспекты профилактической стоматологии»
- «Сестринское дело в стоматологии»
- «Современные аспекты ортопедической помощи населению»
- «Современные аспекты работы фармацевтов».

Анализ конкурентоспособности колледжа.

Конкурентоспособность колледжа – потенциал учреждения, обеспечивающий возможность удержать или расширить долю рынка в условиях конкурентной борьбы, иначе – конкурентное преимущество.

Конкурентоспособность профессиональной образовательной организации обеспечивается: конкурентоспособностью студентов, конкурентоспособностью выпускников, уровнем профессорско-преподавательского состава, методическими средствами обучения, научными средствами обучения, техническими средствами обучения, наличием собственных основных средств (учебные и вспомогательные площади для ведения образовательной деятельности, оборудование), наличием собственной библиотеки, наличием лекционных аудиторий и др.

Для выработки стратегии развития колледжа был проведен SWOT-анализ, который представлен в таблице 1.

Табл. 1

SWOT-анализ

О (Возможности)	S (Сильные стороны)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Стабильность государственного задания 2. Возможность внебюджетного набора 3. Высокий спрос на образовательные услуги 4. Формирование новых направлений подготовки 5. Развитие новых информационных образовательных технологий 6. Привлечение работодателей к формированию и оценке формирования компетенций 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Колледж является структурным подразделением ВолгГМУ- одного из лучших вузов страны- имидж, история и бренд ВолгГМУ 2. Статус государственного образовательного учреждения. 3. Наличие лицензии и аккредитации 4. Университет – это мощная материально-техническая база, позволяющая формировать практические навыки с использованием современных технологий. 5. Высокопрофессиональный педагогический состав. 6. Огромные библиотечные ресурсы. 7. Сильные международные связи. 8. Мощное волонтерское движение

Т (Угрозы)	W (Слабые стороны)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Нестабильная социально-экономическая обстановка. 2. Низкий уровень жизни в Волгоградской области. 3. Отток кадров из Волгоградской области в крупные города. 4. Изменение законодательства в сфере образования (введение новых ФГОС, требования стандартов World skills). 5. Мощный конкурент в виде ГАПОУ ВМК, занимающий основную долю рынка образовательных услуг базового и постдипломного образования в сфере среднего медицинского образования. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Узкий спектр образовательных программ. 2. Небольшое количество программ ДПО. 3. Отсутствие дистанционного образования в постдипломном секторе 4. Низкая активность в получении грантов. 5. Большое количество совместителей на небольшие доли ставок или почасовой оплаты труда 6. Недостаточное количество интреактивных и активных методов обучения 7. Недостаточная практикоориентированность обучения 8. Недостаточность профориентационной работы

Анализ матрицы SWOT – анализа

Поле S (Сильные стороны) – O (Возможности) действия

Создание и развитие симуляционных центров по формированию практических навыков в СПО с учетом специальностей, а также использование симуляционных центров кафедр позволит начать более качественную подготовку участников олимпиад и конкурсов профессионального мастерства и усилить практикоориентированность базового образования в колледже. Необходимо закрепить за каждой специальностью преподавателей, которые будут осуществлять подготовку студентов для участия в конкурсах профессионального мастерства, с предварительным прохождением обучения стандартам Worldskills.ru. Кроме того, знание стандартов Worldskills является необходимым условием обучения в соответствии с требованиями проектов новых ФГОС СПО.

Поле S (Сильные стороны) – T (Угрозы)

Через работу волонтерского центра продолжать PR акции, формирующие имидж колледжа и Вуза в целом, информируя население региона о существовании колледжа ВолгГМУ. Объединить под волонтерским движением колледжа ВолгГМУ студентов медицинских колледжей Волгоградской области.

При проведении мероприятий, направленных на трудоустройство выпускников ВолгГМУ учитывать участие выпускников колледжа.

Поле W (Слабые стороны) – O (Возможности).

Высокопрофессиональный педагогический состав, состоящий из преподавателей колледжа и Вуза, является предпосылкой расширения программ ДПО.

В настоящее время в колледже имеется недостаточное методическое обеспечение образовательного процесса и связано это с отсутствием необходимой для студентов информации на интернет страницах кафедр, реализующих соответствующие дисциплины. Это можно исправить закреплением на каждой кафедре сотрудника, ответственного за СПО и созданием цикловых методических комиссий по специальностям. Эта же мера может способствовать внедрению активных и интерактивных методов обучения.

Используя потенциал Вуза начать разработку дистанционных программ ДПО и программ системы НМО.

Поле W (Слабые стороны) - T (Угрозы)

Уменьшение количества внутренних совместителей на кафедрах для достижения показателя по дорожной карте и для возможности более качественной работы по методическому обеспечению образовательного процесса СПО. Закрепление за сотрудником кафедры полномочий ответственного через приказ для возможности поощрения его работы по результатам года в балльно-рейтинговой системе. Разработка программ НМО. Активное сотрудничество с профессиональными сообществами.

Таким образом, анализ внешней и внутренней среды, актуально и потенциально создает объективные предпосылки для разработки плана, совершенствования положения медицинского колледжа на рынке образовательных услуг:

- приведение в соответствие структуры, объемов, профилей подготовки кадров потребностям рынка труда с целью максимального удовлетворения работодателей и граждан-потребителей образовательных услуг в качественном образовании;

- формирование гибких профессиональных модулей обучения;

- развитие активных методов обучения (исследовательских, проектных, интерактивных, лекционных и кейс-технологий и др.);

- совершенствование применения информационных технологий в образовательном процессе, применение дистанционных технологий в качестве основного средства или поддержки очного и заочного обучения, оптимизация применения интерактивных технологий и оборудования;

- совершенствование единого образовательно-информационного пространства колледжа развитие информационной культуры студентов, педагогических и руководящих кадров;

- становление и развитие эффективной системы социального партнерства: привлечение работодателей к формированию содержания профессионального образования и независимой оценке качества подготовки;

- разработка эффективных механизмов независимой оценки качества образования, основанных на профессиональных компетенциях с привлечением социальных партнеров;

- рациональное использование и развитие кадрового потенциала, стимулирование роста педагогической квалификации преподавательского состава.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранник М. А. «Маркетинг образовательных услуг: базовые понятия», интернет-сайт www.oopkro.nm.ru.

2. Баталов А. С. «Маркетинг образовательных услуг», интернет-сайт www.supermarketing.narod.ru.

3. Белявский И. К. Маркетинговые исследования: информация, анализ, прогноз: Учебное пособие. – М., 2019. – 320 с.

4. Гайдаенко Т. А. Маркетинговое управление. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Эксмо, 2018. – 512 с. – (Полный курс MBA).

5. Голубков Е. П. Маркетинговые исследования: теория, практика и методология. – М.: Финпресс, 2018.

6. Котлер Ф., Армстронг Г., Сондерс ДЖ, Вонг В. Основы маркетинга: Пер.с англ. – 4-е изд. – М.; СПб : Издательский дом «Вильямс», 2017. – 944 с.

7. <https://www.volgmed.ru/ru/depts/list/20/>

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Шевякова Ирина Александровна

*Россия, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России*

Введение. Модернизация системы образования предполагает разработку новых подходов к методам обучения. Актуальными в настоящее время являются электронное обучение и применение дистанционных образовательных технологий (ДОТ) [1]. Опыт применения дистанционного обучения на протяжении последних лет выявил много его преимуществ, к которым относят: доступность в любое время, независимость от географического положения, снижение затрат на обучение, свободу выбора образовательного учреждения, широкий формат предоставления учебных материалов, объективные критерии оценки знаний [2]. Перечисленные достоинства способствуют активному внедрению ДОТ в процесс обучения в различных образовательных структурах, в том числе в системе высшего медицинского образования. Особую актуальность приобрело применение ДОТ в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации в связи с распространением COVID-19 инфекции, когда возникли объективные причины для ограничения обучения в очной форме. В этой связи важным явилось установление эффективности применения ДОТ при подготовке ординаторов.

Цель исследования – оценка эффективности формирования универсальных и профессиональных компетенций (УК, ПК) у ординаторов при обучении по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» с применением ДОТ.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели был проведен теоретический анализ и обобщение данных научно-педагогической и учебно-методической литературы по проблеме исследования, разработана рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в составе основных образовательных программ высшего образования – программ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по клиническим специальностям на 72 академических часа

подготовки. На основе рабочей программы по модулю «Медико-биологическая статистика» разработан дистанционный курс «Основы медицинской статистики и ее практическое применение в здравоохранении» на 6 академических часов подготовки. Для оценки уровня сформированности компетенций разработан фонд оценочных средств, включающий тестовые вопросы. Проведено обучение ординаторов клинических специальностей по указанному курсу с оценкой уровня сформированности их УК и ПК до и после обучения. В исследовании приняли участие 237 ординаторов второго года обучения. Исследование проведено на кафедре общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением (кафедра) ФГБОУ ВО Ижевской государственной медицинской академии Минздрава России (Академия).

Результаты исследования и их обсуждение. Необходимость в разработке новых образовательных программ подготовки кадров в ординатуре, в том числе в их составе программы дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», обусловлена утверждением новых федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования, актуализированных в отношении профессиональных стандартов, и в связи с предстоящей аккредитацией данных программ в Академии в 2021 году. Указанная рабочая программа была разработана на кафедре общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением и утверждена на ученом совете Академии. Целью освоения дисциплины является формирование у ординаторов УК и ПК для решения задач организационно-управленческой деятельности в условиях современного этапа развития системы здравоохранения. Обучение по модулю «Медико-биологическая статистика» формирует: УК-1 – готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; ПК-4 – способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения; ПК-12 – готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

В последние годы в Академии активно внедряются в образовательный процесс ДОТ. Неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по COVID-19 инфекции в стране и в Удмуртской Республике способствовала более широкому использованию ДОТ в обучении, в том числе у ординаторов. В Академии преимущественно используются дистанционные курсы по отдельным

модулям образовательных программ, в основе которых – система управления обучением (СУО) – программное приложение для администрирования, документации, отслеживания учебных курсов на базе образовательной платформы Moodle. Преимуществами используемой в Академии СУО Moodle является возможность управлять содержанием дистанционных курсов, составом и ролями участников, обеспечение онлайн-оценки и отслеживание выполнения заданий, а также получение обратной связи от обучающихся. Для внедрения СУО кафедра была обеспечена необходимой технологической инфраструктурой, персональными компьютерами, выходом в интернет и др. В соответствии с учебным модулем «Медико-биологическая статистика» был разработан дистанционный курс «Основы медицинской статистики и ее практическое применение в здравоохранении», который практически применялся для обучения ординаторов второго года обучения в течение 2020-2021 годов. Для контроля знаний по указанному курсу были разработаны тестовые вопросы с целевым индикатором порогового уровня знаний по результатам обучения на уровне не менее 70 % правильных ответов.

При проведении статистического анализа результатов тестового контроля ординаторов с помощью критерия Колмогорова-Смирнова получены достоверные результаты об отсутствии нормальности распределения данных до и после обучения, критерии значимы на уровне менее 0,05. Проведен расчет основных параметров: до начала обучения средняя величина уровня сформированности компетенций составила $Me=50,0[40,0-50,0]$; после окончания обучения – средняя величина составила $Me=90,0[80,0-90,0]$. Темп прироста уровня сформированности компетенций по результатам обучения составил +80,0%. Расчет достоверности различий результатов тестирования до и после обучения с помощью критерия Вилкоксона подтвердил эффективность формирования компетенций ($T = 0,0001$, $p < 0,0001$).

Заключение. Обучение ординаторов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» с применением ДОТ обеспечило непрерывность образовательного процесса в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации по COVID-19 инфекции. Анализ результатов тестового контроля для оценки уровня сформированности компетенций позволяет утверждать об эффективном их формировании. Для обучения ординаторов важным является разработка актуальной рабочей программы по дисциплине

и дистанционного курса с адаптированной системой контроля знаний. При соблюдении вышеуказанных условий можно рекомендовать для использования ДОТ при обучении ординаторов без потери качества образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горячева С. А., Приходько О. Б., Кострова И. В. Дистанционное и симуляционное обучение в формировании компетенций // Виртуальные технологии в медицине. – 2019. – №1. – С. 56-58.
2. Аллен, Майкл. E-learning [Электронный ресурс]: как сделать электронное обучение понятным, качественным и доступным / Аллен, Майкл; Майкл Аллен ; пер. с англ. И. Окуньковой ; ред. В. Ионов. – Москва: Альпина Пабlishер, 2017. – 200 с.

Дата подписания к использованию: 28.10.2022.

Объем издания: 6,93 Мб.

Уч.-изд. л. 35,45.

Волгоградский государственный медицинский университет

400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

<http://www.volgmed.ru>

Издательство ВолгГМУ

400006 Волгоград, ул. Дзержинского, 45.

izdatelstvo@volgmed.ru