

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**VII 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
2023

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

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

17–18 ноября 2022 г.

УДК 33
ББК 65+5
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. *Ю. В. Гапоненко*;
председатель научного общества молодых ученых и студентов ВолгГМУ *Д. С. Липов*

Издано в авторской редакции.

Статьи публикуются в полном соответствии с авторскими оригиналами.
Художественное и техническое редактирование, компьютерная верстка и дизайн обложки
С. Е. Акимовой

Печатается по решению Редакционно-издательского совета ВолгГМУ
(протокол № 10 от 22.12.2022 г.).

С232 **Сборник** материалов VII международной научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» («Management in the Healthcare: Challenges and Risks in the 21st century»); 17–18 ноября 2022 г., Волгоград / ред. кол.: С. Ю. Соболева, Ю. В. Гапоненко, Д. С. Липов. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2023. – 425 с. – Текст : электронный.

ISBN 978-5-9652-0831-9

В сборнике представлены материалы докладов исследователей из России, Азербайджана, Белоруссии, Узбекистана, Казахстана, Испании, Индии, Иордании по вопросам управления в здравоохранении. Публикации могут представлять интерес для ученых, научных сотрудников, преподавателей, аспирантов, учащихся вузов, чья область научных интересов связана с экономикой, менеджментом и здравоохранением.

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

Дата подписания к использованию: 31.01.2023.

Объем издания: 7,4 Мб.

Уч.-изд. л. 34,42.

Заказ № 17.

Волгоградский государственный медицинский университет
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1. <http://www.volgmed.ru>

Издательство ВолгГМУ

400006 Волгоград, ул. Дзержинского, 45. izdatelstvo@volgmed.ru

© ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России, 2023
© Издательство ВолгГМУ, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ 1. ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА	
УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ	23
МНОГОКАНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	
Беликова Екатерина Владимировна, Лившиц Владимир Евгеньевич	23
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	
Болотова Виктория Витальевна	25
РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ	
Буканов Евгений Кириллович, Курган Елена Геннадьевна	27
ОСОБЕННОСТИ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	
Даминова Камила Мавляновна	29
ЭТИКА ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Доника Алена Димитриевна, Мелихова Лариса Александровна	31
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	
Иванов Сергей Андреевич	33
ТЕЛЕМЕДИЦИНА: ОПЫТ И РАЗВИТИЕ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	
Казанков Юрий Владимирович	35
ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ	
Кандыгулова Гульнара Жулдыкаировна	37
УПРАВЛЕНИЕ БИЗНЕС-ПРОЦЕССАМИ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ERP-ПЛАТФОРМЫ 1С: МЕДИЦИНА. ПОЛИКЛИНИКА	
Кондратьева Кристина Викторовна	39
ЦИФРОВИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
Ольга Сергеевна Кошечкина	41
ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
Краснова Анна Федоровна	44
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ УСЛУГИ «ЗАПИСЬ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ»	
Ли Татьяна Геннадьевна, Вершинина Арина Евгеньевна	45

К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	
Орлова Анастасия Петровна	47
ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
Рыжова Дарья Сергеевна	49
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНЕННОЙ (AR) И ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ (VR) В МЕДИЦИНЕ	
Сарсингалиева Аделина Ринадовна	51
НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Синюрина Екатерина Сергеевна	53
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ	
Скосарева Полина Максимовна	55
ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА ОХРАНЫ ПЕРСОНАЛЬНОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН	
Соколовский Михаил Владимирович	57
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
Сосновская Анна Владимировна	59
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	
Сулейманова Линда Сайпудиновна	61
ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ	
Хаджилаева Фатима Далхатовна	63
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ	
Хаджилаева Фатима Далхатовна	64
РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ И СРЕДСТВ В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «МАТЕМАТИКА В МЕДИЦИНЕ» КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ К ДИСЦИПЛИНЕ	
Хаджилаева Фатима Далхатовна	66
К ВОПРОСУ О ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ В МЕДИЦИНЕ	
Лебедева Инна Сергеевна, Эртель Людмила Александровна	68
ЦИФРОВЫЕ РИСКИ: ГЛАВНАЯ УГРОЗА ДЛЯ МОЛОДЕЖИ XXI ВЕКА	
Троицкая Екатерина Юрьевна, Сасин Александр Николаевич, Зейналлы Рафаэль Риза оглы	70
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	71
Шевченко Янина Андреевна, Москвичева Ксения Валерьевна	71

СКВОЗНЫЕ ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Юнис Абдельрахман Мохаммад Абдулкарим	73
СЕКЦИЯ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	75
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Абакунов Артем Вадимович	75
ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Агудина Елизавета Алексеевна	76
МЕТОДЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Алиева Асия Везировна	78
АНАЛИЗ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ ПЕРСОНАЛА НА ПРЕДПРИЯТИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Бейсова Адия Галиевна	80
ЭКСПЕРТНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ КАПИТАЛОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Болдыч Анастасия Андреевна	81
МОДЕРНИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Ваймер Надежда Эдуардовна	82
ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКОЙ Волгина Алина Игоревна	84
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОРТРЕТА СОВРЕМЕННОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ Голиков Вячеслав Владимирович	86
УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ Заволочкина Ксения Александровна	87
ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ КАПИТАЛОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Кочишвили Ксения Викторовна	89
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДОКУМЕНТАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Максименкова Анна Владимировна	91
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ БРЕНДИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Манджиева Аюна Арсланговна	93

СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Никольская Александра Сергеевна 94

АНАЛИЗ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Остапенко Маргарита Сергеевна 96

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Попова Александра Сергеевна 98

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ НА ОСНОВЕ МЕТОДИКИ
ОСАИ К. КАМЕРОНА И Р. КУИННА В ГАУЗ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА № 9»

Санникова Ольга Анатольевна 99

РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЁРСТВА
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сафаров Мунир Курбоналиевич 101

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТА СТРАТЕГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
В ПЛАНИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Свиридова Ирина Валерьевна 103

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ: НОВЫЕ ИНФРАСТРУКТУРНЫЕ
И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ РОЛИ

Соболева Светлана Юльевна, Соболев Александр Витальевич 105

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Тихонова Алена Игоревна 107

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ
ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ СОЗДАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ
ИНФРАСТРУКТУРЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ»
В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Фарманян Кристина Робертовна, Попова Александра Сергеевна 108

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРИНЦИПОВ
БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Фарманян Кристина Робертовна 110

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО
РЕШЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Цыбенко Анастасия Юрьевна 112

КОНЦЕПЦИЯ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В РОССИЙСКИХ ВУЗАХ

Шевченко Янина Андреевна 113

МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Шутов Михаил Михайлович, Штокалова Светлана Владимировна 115

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Юшин Илья Алексеевич	117
ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ Кассем Али Хуссейн.	119
ПРИНЦИПЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Тихонова Анжелика Леонидовна	120
ТЕНДЕНЦИИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВ ЧЕРЕЗ РЕШЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ МИРОВОЙ ЭКОНОМИКИ Тихонова Анжелика Леонидовна	122
БЕНЧМАРКИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Крутов Фёдор Павлович	124
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КЛЮЧЕВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ Стасевич Полина Владимировна	126
ПРИМЕНЕНИЕ SWOT-АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Баранова Ангелина Александровна	128
ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Шардина Анастасия Вячеславовна.	131
ОЦЕНКА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Саргсян Саргис Арменакович	132
ИЗУЧЕНИЕ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ОРГАНИЗАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Швецов Иван Андреевич	134
УЧЕТ ФАКТОРА НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И РИСКА ПРИ ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНВЕСТИЦИЙ Варнакова Екатерина Владимировна	135
КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Языкова Екатерина Викторовна, Поздняков Алексей Михайлович	137
СЕКЦИЯ 3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ	140
ИННОВАЦИОННОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО КАК ДРАЙВЕР РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ Антоненко Игорь Владимирович, Сидорович Татьяна Станиславовна	140

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ И РАЗРАБОТОК ПО УПРАВЛЕНИЮ И ЭКОНОМИКЕ ФАРМАЦИИ	
Баркаев Гасбулла Сулейманович, Кабакова Таисия Ивановна	142
ВНЕДРЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ДВОЙНИКОВ В МЕДИЦИНУ	
Кузьмина Полина Олеговна	144
ПЕРСПЕКТИВЫ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В СОЗДАНИИ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Кабакова Акси́нья Денисовна	145
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА	
Лысикова Анна Александровна	147
МЕХАНИЗМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА	
Максимова Маргарита Николаевна	149
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ АПТЕЧНОГО ЗВЕНА ПО ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ФАРМАКОНАДЗОРА	
Макаренко П. В., Робертус А. И., Иванова О. В., Колосов Ю. А., Куркин Д. В., Кудрин Р. А., Крашенинников А. Е.	151
МЕМОРАНДУМ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В БОЛЬШОМ ГОРОДЕ: КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДОЛГОЛЕТИЯ	
Медведева Ксения Артемовна	152
О ПРОБЛЕМАХ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНЕ	
Пискарева Мария Евгеньевна, Беляк Мария Александровна, Потоцкая Лидия Аурелиевна, Морозов Артём Михайлович	155
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ СПОСОБЕ РОЗНИЧНОЙ ТОРГОВЛИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	157
Робертус А. И., Иванова О. В., Колосов Ю. А., Куркин Д. В., Кудрин Р. А., Крашенинников А. Е.	157
ВНЕДРЕНИЕ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ	
Тимошенко Анастасия Валерьевна	158
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Тихонова Алена Игоревна	160
LABORATORY DIAGNOSIS OF ENZYME BETA-GLUCURONIDASE IN BLOOD AND SALIVA AND THE ROLE OF INTESTINAL MICROFLORA IN THE DEVELOPMENT OF COLORECTAL CANCER	
Al-Humairi Ahmed Hamid	162

ИННОВАЦИОННАЯ ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ Зулхашева Альбина Бауржановна	164
ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ Демкина Анна Алексеевна	165
СИЛЬНЫЕ И СЛАБЫЕ СТОРОНЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК Фёдорова Ольга Валентиновна, Фёдоров Сергей Викторович	167
ДИНАМИКА РОССИЙСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТИ РОССИИ ОТ ИМПОРТНЫХ РЫНКОВ Юнусов Рахман Рустамович, Нурписова Эльвира Сергеевна, Полякова Мария Алексеевна, Брейгер Юлия Михайловна	168
СЕКЦИЯ 4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ	170
ПОСЛЕДСТВИЯ ВЛИЯНИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Заикина Марина Васильевна	170
ФОРМИРОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ ХК АО «ШВАБЕ») Поворина Алена Владимировна	171
ТРАНСФОРМАЦИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ В УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ Косинова Наталья Николаевна, Попова Мария Юрьевна	173
ПРИОРИТЕТЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО АЗЕРБАЙДЖАНА Аббасова Айсун Эльнур кызы	175
СОЗДАНИЕ СТРАТЕГИИ ДЛЯ ПРОДВИЖЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ИМПОРТА Швецов Иван Андреевич	177
СЕКЦИЯ 5. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ	178
НЕПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ ОБРАБОТКОЙ МЕТАЛЛА, КАК ИНСТРУМЕНТ ОБОСНОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ Алборова Марина Александровна	178
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК НАУКА И ВРАЧЕБНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ Бублик Яна Владимировна, Подоляка Валентина Леонидовна, Зяблицев Дмитрий Владимирович	180

ФОРМЫ НАУЧНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ДОНЕЦКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В ПЕРИОД ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ Бугашева Наталья Викторовна, Бутева Лариса Васильевна, Смульская Надежда Геннадиевна	182
ПУТИ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ Бугорков Игорь Вениаминович, Грицкевич Наталья Юрьевна, Охотникова Марина Вадимовна, Кальней Елена Олеговна	184
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ Верешко Евгений Владимирович	186
АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И МЕТОДАХ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ Бурлакова Екатерина Алексеевна, Ковалева Юлия Сергеевна	188
СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Виноградова Марина Васильевна, Светличная Екатерина Сергеевна	190
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ Витвицкая Виктория Вячеславовна	192
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Воронина Алена Сергеевна, Меланичева Маргарита Андреевна	194
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ И ПОЛУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ ВУЗА Горячев Василий Николаевич, Сибгатуллина Арина Азатовна, Шелухина Мария Борисовна	195
ОСОБЕННОСТИ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ Ефименко Максим Викторович, Федорова Галина Васильевна, Шиншина Светлана Ивановна, Бережная Светлана Евгеньевна	196
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ Зяблицев Дмитрий Владимирович, Подоляка Валентина Леонидовна, Бублик Яна Владимировна	199

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОГО БАСЕЙНА И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА Грищенко Сергей Владимирович, Грищенко Инна Ивановна, Басенко Игорь Николаевич, Костенко Владимир Сергеевич, Миненко Елена Федоровна, Шевченко Владимир Сергеевич, Праводелов Сергей Сергеевич, Федосеева Ирина Сергеевна, Зорькина Александра Васильевна, Зяблицев Евгений Дмитриевич	200
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ДИАГНОСТИКА, СВЯЗЬ С АКУШЕРСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ Лунёва Нина Николаевна, Петров Александр Геннадиевич	202
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Медникова Екатерина Сергеевна	204
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ В ПРОГРАММЕ ОРДИНАТОРОВ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ Подоляка Валентина Леонидовна, Зяблицев Дмитрий Владимирович, Бублик Яна Владимировна	206
АНАЛИЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТЕРЬ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Москвичева Ксения Валерьевна	208
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА Пантюхин Дмитрий Витальевич	210
АНАЛИЗ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ДОННМУ В ВОЮЮЩЕМ ДОНБАССЕ Рымарь Яна Игоревна, Бугашев Константин Сергеевич	212
ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ Сахно Маргарита Александровна, Жукова Екатерина Вадимовна	213
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ Сергеева Евгения Александровна, Аванян Анна Тофик кызы	215
СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ ОСТРОВА САРПИНСКИЙ: РЕШЁННЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ Смирнов Вадим Максимович	217
ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ Бугашева Наталья Викторовна, Смутьская Надежда Геннадиевна, Рымарь Яна Игоревна	219
ВЛИЯНИЕ КОНФЛИКТА «ПАЦИЕНТ–ВРАЧ» НА КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ Талалин Дмитрий Сергеевич	221

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Шошинов Игорь Геннадьевич, Веденин Юрий Игоревич	223
РОЛЬ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА Кулакова Дарья Валерьевна	225
ПАТРИОТИЗМ КАК ЗАЛОГ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ Фатеева Юлия Геннадиевна	227
БЕРЕЖЛИВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ Оздамирова Лилита Вахаевна, Арасова Алина Рамазановна	228
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ВЕКТОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Кулемзина Татьяна Владимировна, Криволап Наталья Викторовна, Красножен Светлана Владимировна	230
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ПРАВИЛАХ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ Гончарова Нелли Васильевна, Моллаева Мадина Эльчиновна, Трубачева Полина Владимировна	232
МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ Зигангареева Гульназ Галимзяновна, Королева Ольга Ильгизовна, Хусаинова Дина Камилевна	233
СЕКЦИЯ 6. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	236
ОТНОШЕНИЕ К ПРАКТИКЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА Асланова Роза Зубаировна	236
ИНСТРУМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ–ПАЦИЕНТ» Бубнов Владлен Геннадьевич	238
СОВРЕМЕННЫЕ БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КЛИНИЦИСТА Мокашева Екатерина Николаевна, Мокашева Евгения Николаевна	240
МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Порохня Анастасия Геннадьевна	241
АБОРТ КАК ОДНА ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна, Костовинская Ольга Анатольевна	243

ЭВТАНАЗИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: ПРОБЛЕМА ИЛИ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ? Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна, Юнцева Елизавета Александровна	245
К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ КОММУНИКАЦИИ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ Машлыкин Алексей Андреевич	246
СЕКЦИЯ 7. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ	248
АНАЛИЗ АКТУАЛЬНОСТИ И ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ЛОЯЛЬНОСТИ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СРЕДИ ПОКУПАТЕЛЕЙ г. ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Агеева Валерия Александровна, Магомедова Карина Рамазановна	248
СОВРЕМЕННЫЕ ЦИФРОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ КУЛЬТУРА НАСЕЛЕНИЯ Алексеева Вероника Юрьевна, Зотова Надежда Андреевна	251
ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГА НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ Рай Аман	253
ОЦЕНКА БРЕНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Блинова Валерия Александровна	254
ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ Бурнадз Татьяна Игоревна	256
ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Борисенко Данила Сергеевич	258
НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Борисенко Данила Сергеевич, Абакунов Артём Вадимович	259
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ Вейгендт Валерия Викторовна	261
АНАЛИЗ СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА В 2015–2021 ГОДАХ Волохова Виктория Андреевна	262
ФАКТОРЫ ИНВЕСТИЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Горбунова Анастасия Сергеевна	265

MARKETING APPROACH IN THE FIELD OF MEDICAL SERVICES Dharshini Mohan	267
ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТИ БРЕНДА СЕТИ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ КЛИНИК «СОВА» г. ВОЛГОГРАДА НА ОСНОВАНИИ ЕГО РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦИАЛА Днепровская Ирина Валерьевна, Малякина Анастасия Александровна	268
РОЛЬ БРЕНДА В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Зелёная Екатерина Олеговна	270
СТРАТЕГИИ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ НА ОСНОВЕ АРХЕТИПИРОВАНИЯ Карева Олеся Сергеевна.	272
ПРОДВИЖЕНИЕ УСЛУГ ОРГАНИЗАЦИИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Карпова Наталья Владимировна	274
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ Крайнова Ирина Юрьевна	276
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛИЧНОГО БРЕНДА ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА Ковалева Мария Андреевна	277
МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ Кулешова Лада Сергеевна	278
ПОЗИТИВНЫЙ ИМИДЖ КАК ФАКТОР ДОВЕРИЯ К МЕДИЦИНСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ Мананкова Виктория Викторовна.	280
МАРКЕТИНГОВЫЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРИЕВ-ПРОФИЛАКТОРИЕВ Москвичева Ксения Валерьевна, Шевченко Янина Андреевна.	282
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОДВИЖЕНИЯ УСЛУГ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Остапенко Артём Игоревич.	283
ОСОБЕННОСТИ РЕКЛАМЫ В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Попова Александра Сергеевна, Фарманян Кристина Робертовна.	285
РОЛЬ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ В ПРОДВИЖЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Тимошенко Анастасия Валерьевна.	286
ИНСТРУМЕНТЫ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Турова Анастасия Павловна	288

РЫНОЧНАЯ ЭКОНОМИКА В ФАРМАЦИИ, ОСНОВАННАЯ НА ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ Тюрина Светлана Витальевна	290
ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Цыбенко Анастасия Юрьевна, Орлова Полина Владимировна	292
ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НИШЕВОЙ СТРАТЕГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Чалдышева Виктория Александровна	293
ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАРКЕТИНГОВЫХ СТРАТЕГИЙ В СФЕРЕ СТОМАТОЛОГИИ Швецов Иван Андреевич	295
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО МАРКЕТИНГА И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ЧАСТНОГО БИЗНЕСА В РОССИИ Шелкова Мария Сергеевна	296
ЭФФЕКТИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ)» Щекин Геннадий Юрьевич, Тронева Виктория Евгеньевна, Верещагина Юлия Викторовна, Сергиенко Татьяна Юрьевна	297
ПУТЬ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ОСОБЕННОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ Ячменникова Мария Сергеевна	299
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ САЙТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ С ЦЕЛЬЮ УВЕЛИЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОПОТОКА Кабытов Алексей Олегович	301
TELEGRAM-КАНАЛ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ БРЕНДА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Трофимов Дмитрий Викторович	303
ОСОБЕННОСТИ БРЕНДИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Кувшинов Илья Сергеевич	304
КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» КАК ИНСТРУМЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Селиванова Злата Дмитриевна	305
ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ «ДИАЛАЙН» Меньшакова Мария Николаевна	306
ВАЖНОСТЬ РАЗРАБОТКИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Тарасов Михаил Валерьевич	307 307

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КОНЦЕПЦИИ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
Кукина Елена Николаевна	310
ФОРМИРОВАНИЕ БРЕНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ А. В. ЗОЗУЛЁВА	
Князева Марина Александровна	312
РОЛЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КАПИТАЛА В ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Васильева Варвара Александровна	313
МАРКЕТИНГ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЕЁ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ	
Юдина Елизавета Васильевна	314
СЕКЦИЯ 8. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	317
СОСТАВЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ	
Абросимова Дарья Андреевна	317
БАРЬЕРЫ КОММУНИКАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Аверина Кристина Артуровна	319
КЛЮЧЕВЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Балашов Ярослав Владимирович	320
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЛИДЕРСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Бардаченко Мария Алексеевна	322
СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ МЕНЕДЖЕРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
Борисенко Данила Сергеевич, Абакунов Артём Вадимович	323
РОССИЙСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК: ОПЫТ ИЛИ ИННОВАЦИИ?	
О. Ю. Воронкова	324
SOFT SKILLS КАК ОСНОВА ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	
Гукова Екатерина Олеговна	326
КОМАНДООБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОР СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Гусева Ксения Александровна	328
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «АДАПТАЦИЯ ВРАЧА В КЛИНИКЕ»	
Демкин Сергей Анатольевич	330

ОСНОВЫ КОУЧИНГА КАК МЕТОДА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
Зотова Надежда Андреевна	331
МАРКЕТИНГОВЫЕ КОММУНИКАЦИИ И ИХ РОЛЬ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Иванова Светлана Юрьевна	333
ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ НА СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	
Леднева София Алексеевна	335
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ТРУДА РУКОВОДИТЕЛЕЙ НИЗОВОГО ЗВЕНА В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ	
Лупитько Елена Михайловна	336
К ВОПРОСУ О МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ПРИМЕРЕ СЕТИ КЛИНИК «ПАНАЦЕЯ»	
Орлова Полина Владимировна	338
КОУЧИНГОВЫЕ ТРАНСФОРМАЦИОННЫЕ ИГРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
Скворцова Лариса Леонидовна, Князев Сергей Александрович	340
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ТРУДА РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	
Сулейманов Сайхан Сайпудинович	341
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО САЛОНА BEAUTY INSIDE)	
Сячина Анастасия Вячеславовна	343
РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРЕДПРИЯТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ ЦРБ КЛЕТСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА)	
Юсюмбели Олеся Владимировна	345
ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Шипилова Алина Сергеевна	346
ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Архипова Екатерина Сергеевна	348
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Гадаева Арзу Шамильевна	350
МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Давыдова Надежда Валерьевна	351

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Дербенцева Ксения Сергеевна	353
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИЯМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Гамидова Диана Гамидовна	354
РОЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Кулиш Оксана Николаевна	356
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Осадчая Алена Владимировна	357
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Вавилина Алина Петровна	359
КОУЧИНГ КАК МЕТОД ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
Озацкая Татьяна Олеговна	361
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПОДБОРА И ОТБОРА ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Никитина Юлия Алексеевна	362
РОЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Юсупов Хакимджон Абдулхалимович	364
СЕКЦИЯ 9. ПАНДЕМИЯ COVID-19: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	366
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА БАРИЦИТИНИБ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19	
Алексейчик Дмитрий Сергеевич, Алексейчик Сергей Евгеньевич, Тимошенко Виктор Александрович	366
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
Алексейчик Дмитрий Сергеевич, Чуприк Никита Игоревич, Жданова Екатерина Сергеевна	369
ПРОБЛЕМЫ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О COVID-19 В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	
Гапоненко Юлия Владимировна	370
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	
Алексейчик Дмитрий Сергеевич, Алексейчик Сергей Евгеньевич, Вашкова Дарья Николаевна	372

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Биллионик Аркадий Романович	374
КАК ИЗМЕНИЛОСЬ ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19? Гурбич Елизавета Владиславовна, Макарова Марина Владимировна	376
ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Дубовая Анна Валериевна, Бордюгова Елена Вячеславовна, Науменко Юлия Владимировна, Конов Владислав Геннадьевич, Сысоева Наталья Леонидовна, Смирнова Татьяна Владимировна, Немченко Марина Михайловна, Федотенко Светлана Александровна	378
ТЯЖЕСТЬ И НАПРЯЖЕННОСТЬ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПЦР-ЛАБОРАТОРИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ Орлов Дмитрий Валерьевич, Назаров Никита Олегович	380
ПОТРЕБЛЕНИЕ УСЛУГ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Орлова Полина Владимировна, Цыбенко Анастасия Юрьевна	382
ПОТЕНЦИАЛ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна	384
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГБУЗ «ВОЛГОГРАДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» ЗА ПЕРИОД 2019–2021 гг. С УЧЕТОМ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Поплавская Полина Андреевна	385
АНАЛИЗ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Сагдеева Аделя Ринатовна, Глебова Анастасия Павловна, Шаповалова Марина Александровна	387
СПОСОБЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНТА Чигринова Екатерина Александровна	389
О СОБЛЮДЕНИИ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Шаповалова Ирина Евгеньевна	390
ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ Шаталов Александр Дмитриевич, Хацко Владимир Власович, Дудин Александр Михайлович, Межаков Сергей Васильевич, Фоминова Наталия Владимировна	392
ПРИНЦИП ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ И COVID-19: УРОКИ ФРАНЦИИ Черноуцан Елена Михайловна	394

СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПУБЛИЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шкуратова Мария Владимировна 396

ДИНАМИКА АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ COVID-19

Шкуратова Мария Владимировна 397

**СЕКЦИЯ 10. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ
УНИВЕРСИТЕТОМ И ПРОЦЕССОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ 400**

ВЛИЯНИЕ ВНЕУЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РАЗВИТИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Бабаева Севиндж Эльхан кызы, Малова Дарья Александровна 400

СИСТЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СУВЕРЕНИТЕТА ГОСУДАРСТВА

Бабенко-Сорокопуд Ирина Вячеславовна 402

ВЫЯВЛЕНИЕ ДВИЖУЩИХ СИЛ И СИЛ СОПРОТИВЛЕНИЯ
ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ВолгГМУ
К ВНЕДРЕНИЮ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Верле Ольга Владимировна 404

ПРОБЛЕМА ПРОГУЛОВ ЗАНЯТИЙ СТУДЕНТАМИ КАК ОДНА
ИЗ ФОРМ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

Волчанский Михаил Евгеньевич, Кондратьев Геннадий Владимирович,
Куликов Владимир Сергеевич 405

СТУДЕНЧЕСКИЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ УПРАВЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ И ПРОЦЕССОМ
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Корченкина Ангелина Дмитриевна 407

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» С ТОЧКИ
ЗРЕНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА

Ласачко Светлана Анатольевна, Железная Анна Александровна,
Вустенко Виталина Васильевна, Бабенко-Сорокопуд Ирина Вячеславовна 409

РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ В ПРОЦЕССЕ
ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Терещенко Ирина Валерьевна, Зубенко Инна Валерьевна,
Поважная Елена Станиславовна 411

ПРАКТИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Чермных Светлана Владимировна, Долгошапка Ольга Николаевна,
Говоруха Ирина Тихоновна 413

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО НАПРАВЛЕНИЮ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» Шевякова Ирина Александровна, Кудрина Елена Аркадьевна	415
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧАЮЩИХ КУРСОВ ДЛЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ НА КАФЕДРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ХИМИИ УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» Лукашов Роман Игоревич, Михайлова Надежда Игоревна, Лишай Анастасия Викторовна	417
ТРЕНИНГ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ Соболева Светлана Юльевна, Князев Сергей Александрович	419
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ Ситникова Светлана Евгеньевна	420
КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА Витовский Валерий Станиславович	422
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ Шевченко Янина Андреевна	423

СЕКЦИЯ 1

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

УДК 658.8

МНОГОКАНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Беликова Екатерина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Лившиц Владимир Евгеньевич

Испания, г. Мадрид Бизнес-тренер, консультант НЛП, преподаватель и персональный наставник школы коучинга

Введение. Многоканальность стала модным словом в отраслях, ориентированных на потребителя, таких как розничная торговля и финансовые услуги, они внедрили технологии, чтобы обеспечить бесперебойную работу своих клиентов на разных платформах.

В контексте здравоохранения эта методология обеспечивает пациентам и потребителям последовательную коммуникацию и беспрепятственное взаимодействие по любому каналу, который они используют для взаимодействия с организацией здравоохранения. Сегодняшние потребители ожидают персонализированного и удобного опыта [1].

Используя данные для обеспечения прозрачности, предоставляя варианты самообслуживания и обеспечивая последовательное общение с клиентами и персонализированный опыт, организации в сфере финансовых услуг и розничной торговли зарекомендовали себя как модель для снижения накладных расходов и уменьшения трения с клиентами. На данный момент у отрасли здравоохранения есть прекрасная возможность извлечь уроки и перенять аналогичный опыт.

Цель и задачи. Изучение многоканальной модели взаимодействия с потребителями медицинских услуг. Для достижения данной цели необходимо решить следующие задачи: выявлении специфических черт, присущих реализации современных технологических решений организациями розничной торговли, и проецирование возможностей многоканального взаимодействия на клиентов медицинских организаций.

Материалы и методы. Методологической основой исследования стали: системный подход к проблемам совершенствования медицинского обслуживания за счет инновационного развития технологий и продуктов, методы сравнительного и структурного анализа, а также аналитико-прогностические методы.

Результаты и обсуждение. Успешная многоканальная стратегия должна предоставлять согласованную информацию, полезные идеи, рекомендации и общение по всем соответствующим каналам всем соответствующим сторонам.

Например, одноканальная система общения с пациентом работает в соответствии с традиционными медицинскими процедурами последующего наблюдения. После выписки выписная бригада дает пациенту распечатанные инструкции по послеоперационному уходу и карточку-напоминание о последующих приемах.

При использовании многоканальной системы взаимодействия после выписки пациента отправляют домой без каких-либо документов или напоминаний, потому что организация здравоохранения вложила средства в комплексное многоканальное взаимодействие на основе данных. Организация хорошо осведомлена о предпочтениях пациента в общении с помощью текстовых сообщений, мобильных устройств или электронной почты и преобразовала данные по всему

континууму ухода в полезную информацию. Система также подсказывает команде по уходу пациента, в нужное время, правильные рекомендуемые действия в канале, который имеет отношение к ним. Это могут быть текстовые сообщения, голосовая почта, звонок о готовности рецептов. Пациент может получать электронные письма с персонализированным контрольным списком послеоперационного ухода каждый день в течение двух недель после процедуры. Он также может получать текстовые напоминания для каждой задачи в течение дня [2].

Эти два примера демонстрируют четкую разницу в подходе к последующим действиям. Второй пример ставит пациента в центр плана последующего наблюдения, гарантируя, что пациент получит нужную информацию в нужное время по наиболее подходящему для него каналу. Омниканальный подход, продемонстрированный в примере использования различных каналов, обеспечивает пациенту надлежащий уход за пределами его медицинского учреждения, он может чувствовать, что контролирует свое здоровье, получая последующее наблюдение от своих доверенных поставщиков.

В то время как омниканальное участие в здравоохранении улучшает качество обслуживания пациентов, оно выходит за рамки этого, обеспечивая ощутимые результаты для поставщика услуг.

Во-первых, надлежащее последующее наблюдение снижает риск осложнений и повторной госпитализации. Во многих отношениях уход удваивается как профилактика. При возникновении осложнений пациенту потребуются дальнейшее лечение, которое будет стоить как пациенту, так и поставщику услуг и плательщику. Все три стороны могут многое выиграть, максимально снизив риск.

Далее, создание многоканального медицинского центра позволяет сотрудникам получать доступ к информации и действовать на ее основе, чтобы наилучшим образом обслуживать пациентов по нескольким каналам связи. Вместо того, чтобы разочаровывать пациентов и тратить время на одни и те же вопросы, медицинские работники могут немедленно получить доступ к важной информации, экономя время как организации, так и пациента.

Наконец, включив варианты самообслуживания, медицинская организация также может повысить организационную эффективность и уменьшит возможность возникновения конфликтов и недопонимания с пациентами.

Предлагая мобильную оплату счетов, онлайн-планирование встреч и виртуальный доступ к медицинским записям, медицинская организация дает своим пациентам возможность взять на себя ответственность за свое лечение в удобное для них время и в удобном для них месте. Кроме того, медицинская организация экономит время своего клинического персонала, сокращая количество вызовов, которые можно было бы обслуживать самостоятельно. Это экономит время пациентов и позволяет сотрудникам решать более сложные запросы потребителей и пациентов [3].

Необходимо переосмыслить путь пациента, в том числе определить важные показатели стоимости, качества и опыта.

Для этого уделить приоритетное внимание ценным для пациента вариантам использования цифровых возможностей самообслуживания через цифровые каналы, возможностям цифрового улучшения взаимодействия для каждого заинтересованного лица и вариантам использования автоматизации, которые сокращают время и дополняют выполняемые человеком задачи.

Для каждого варианта использования, определенного на предыдущем шаге, должны быть определены связанные данные, аналитические сведения и правила активации, которые будут формировать невыполненную работу для потребителя данных, аналитических сведений и концентратора активации.

Выводы. Таким образом, многоканальная модель взаимодействия с потребителями медицинских услуг активно привлекает потребителей постоянным доступом к медицинской информации, сообщениям и рекомендациям в любое время и в любом месте. Многоканальный опыт

включает в себя все взаимодействия между потребителем и медицинской организацией, включая личное общение, цифровые каналы и опыт самообслуживания – все это связано с предпочтениями и потребностями потребителей в конкретный эпизодический момент времени или долгосрочное лонгитюдное взаимодействие.

Список литературы

1. Зверева А. О., Леонова Ю. Г. Омниканальные продажи в розничной торговле // Экономика и предпринимательство. – 2016. – № 6 (71). – С. 324–327.
2. Вопрос доставки лекарств не решен. Фармацевтический вестник. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/vopros-dostavki-lekarstvne-reshen.html#Wd3bvLJJbIU> (дата обращения: 01.10.2022).
3. Ноу-хау в рознице: какие технологии приживутся в России? (Электронный ресурс). URL: Ритейлеру и поставщику. [Электронный ресурс]. URL: https://www.retail.ru/articles/75321/?sphrase_id=194063 (дата обращения: 01.10.2022).

УДК 65.012.7

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Болотова Виктория Витальевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Косинова Наталья Николаевна, профессор кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ, доктор экономических наук

Введение. Телемедицина – направление медицины, основанное на использовании компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией между специалистами с целью повышения качества диагностики и лечения конкретных пациентов. Целью телемедицины является максимальное приближение медицинских услуг к человеку [1, с. 5].

Актуальность проблемы в том, что одновременно, стратегически важной задачей в условиях реформирования здравоохранения стала организация взаимодействия лечебно-профилактических учреждений со специализированными учреждениями здравоохранения путем дистанционного оказания высококвалифицированной помощи населению, используя современные информационно-телекоммуникационные технологии и интеллектуальный потенциал лучших клиник в условиях сокращения коечного фонда при одновременном ускорении лечебно-диагностического процесса.

Цель исследования состоит в определении преимуществ и недостатков телемедицины в современных условиях. Для решения поставленных в работе задач были использованы следующие методы: анализа и синтеза, экономическая методы сравнения, статистические методы относительных и абсолютных величин.

Результаты и обсуждения. В современных условиях можно выделить следующие виды телемедицины:

1. Онлайн-консультации врача. Сеансы могут проводиться в любом месте, а не только в клинике. Медицинская телеуслуга может реализоваться и реализуется без применения специального оборудования. Для дистанционного контроля заболевания на дому не нужно оборудование для контроля состояния здоровья или жизненно важных показателей. В этом случае контролировать ситуацию можно по телефону, WhatsApp или электронной почте [2, с. 71].

2. Удаленный мониторинг состояния больных. Связь доктора с больными осуществляется посредством специальных датчиков, которые анализируют жизненно важные показатели: уровень сахара в крови, артериальное давление, температуру. Датчики подают данные в хранилище, где их затем анализируют врачи.

3. Онлайн-конференции. С помощью видеосвязи и современных IT-технологий врачи могут обмениваться данными. Прежде всего, это необходимо самим медикам, когда нужно получить совет более опытных коллег [5, 109].

4. Прямые трансляции хирургических операций. Операции записывают на видеокамеру, а затем транслируют онлайн студентам-медикам. Трансляции операций – вид телемедицины, который помогает в дистанционном обучении медицинских работников.

Пациенты отмечают следующие плюсы телемедицины для себя:

1. Экономия времени. Не нужно ждать записи, тратить время на поиск больниц и врачей. Также не потребуется стоять в очереди, чтобы попасть на прием к доктору.

2. Доступность. Чтобы получить квалифицированную помощь, необходим лишь доступ к интернету. Не нужно делать ксерокопии документов, предоставлять медицинскую карту и т. д.

Основное преимущество телемедицины – расширение клиентской базы. То есть пациент может поговорить с узкоспециализированным специалистом из другого города или страны. Месторасположения консультируемого и консультанта не имеет значения [4, 35].

У телемедицинских услуг есть и ряд недостатков.

Среди них: риск попасть к лжеспециалисту, недостаток эмоционального контакта с доктором, риск передачи информации третьим лицам.

Доктора считают единственным недостатком телемедицины – невозможность полноценно оценить состояние пациента по веб-камере. Ведь многие скрывают настоящие симптомы или стесняются рассказать о них врачу. Даже при наличии доступа к электронной медицинской карте пациента, врач не находит всей необходимой ему в данном клиническом случае информации, так как ее просто нет в этой истории болезни [3, с. 62].

Один из способов получить доступ к телемедицине через страховую компанию, купив полис. Он включает: плановые консультации узких специалистов, консультации врача в экстренной ситуации, общение с чат-ботом перед консультацией, лабораторное обследование.

Рассмотрим, как финансируются услуги на примере страховой компании ВСК. Всё что нужно – компьютер или смартфон с мобильным приложением.

Клиент выбирает время консультации. В срочных случаях – отправляет текстовое описание проблемы. Дежурный врач отвечает в течение трёх минут, проводит первичную консультацию. Если проблема не решена, дежурный врач рекомендует консультацию узкого специалиста или очный приём.

Клиент сам может выбрать специалиста узкого профиля – в карточке сотрудников видна их квалификация, опыт, достижения. В чате можно загружать скан-копии документов и фотографии. По завершении консультации клиент получает историю рекомендаций, сохранённые расшифровки анализов и все загруженные документы.

Информация сохраняется в личном кабинете и доступна только клиенту.

Выводы. Таким образом, исходя из преимуществ и недостатков телемедицины в современных условиях, можно выделить следующие причины для использования телемедицины в здравоохранении.

1. Экономия времени. Попасть на приём к врачу можно уже через 3 минуты. Консультация продлится столько, сколько потребуется.

2. Помощь без промедления. Своевременное обращение к врачу снижает вероятность осложнений.

3. Консультации из любой точки мира. Чтобы получить консультацию квалифицированного врача, не нужно выходить из дома.

4. Доступ к редким специалистам. Росстат говорит: в российских регионах не хватает примерно 50 тысяч врачей-терапевтов. Для консультации с узким профильным специалистом приходится ездить в крупные города. С помощью телемедицины доступен приём практически с любым из них.

5. Второе медицинское мнение. Клиент может проверить, уточнить диагноз и рекомендации своего лечащего врача, узнать о новых методах лечения, убедиться в необходимости операции. ИА Regnum приводит цифры: доля обращений за вторым медицинским мнением из регионов выросла до 70 %.

Список литературы

1. Блажис А. К., Дюк В. А. Телемедицина // СпецЛит: Санкт – Петербург-2011. – С. 5.
2. Древаль А. В. Основы телемедицины и телездравоохранения: руководство для врачей; под ред. профессора А.В. Древаля, профессора Е.П. Какориной; издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА» – Москва, 2021. – С. 71.
3. Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. Выпуск № 2, 2022: [Электронный ресурс]. Москва, 2022 -с. 62. URL: <https://jtelemed.ru/journal/vypusk-2-2022>.
4. Косинова Н. Н. Соболева С. Ю. Стратегические приоритеты развития цифровизации здравоохранения. В сборнике: актуальные проблемы и достижения региональных и экономических систем. Сборник научных трудов VII Международной научно -практической конференции. Ставрополь – 2021, с. 34–38.
5. Косинова Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения российских регионов. В сборнике: актуальные проблемы и достижения региональных и экономических систем. Сборник научных трудов VI Международной научно-практической конференции. Ставрополь – 2020, с. 107–111.

УДК 004:614.2

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Буканов Евгений Кириллович

профессор кафедры МФМиИ ГОУ ВПО «ДОННМУ им. М. Горького»

Курган Елена Геннадьевна

к. э. н., доц., доцент кафедры МиХП ГОУ ВПО «ДОННТУ»

Россия, Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Введение. Цифровая трансформация системы здравоохранения – это создание принципиально новых лечебно-диагностических, управленческих, вспомогательных процессов, полностью основанных на цифровых платформах решений, реализованных с применением передовых информационно-коммуникационных технологий. [1]

Цель. В Российской Федерации на протяжении последних 15 лет идет активное внедрение новых информационно-коммуникационных технологий в систему здравоохранения [2]. Основной целью исследования стало изучение перспектив становления цифровой медицины в Российской Федерации.

Результаты и обсуждения. Основными направлениями в реализации процесса цифрой трансформации в системе здравоохранения являются следующие направления: внедрение персональных автоматизированных электронных медицинских карт, онлайн-мониторинг состояния здоровья, трекинг карет скорой помощи, развитие удаленного медицинского обслуживания путем взаимодействия с телекоммуникационными сервисами, системы поддержки принятия решений, системы искусственного интеллекта и виртуальные ассистенты. Развитие данных инициатив предполагает повышение качества медицинских услуг и минимизацию человеческого фактора на всех этапах оказания медицинской помощи.

В Российской Федерации передовыми проектами в сфере здравоохранения являются цифровые платформы: OnDoc и СберЗдоровье.

Платформа OnDoc включает в себя набор медицинских сервисов для контроля здоровья, рекомендации врачей, электронную запись на прием к специалисту и интеграцию с различными медицинскими учреждениями из разных регионов России [3].

СберЗдоровье цифровая платформа, функциональные возможности которой предоставляют возможность получения пользователями качественной медицинской консультации в режиме реального времени, а также записаться на прием к медицинскому специалисту или осуществить онлайн покупку лекарств [4].

Деятельность данных платформ предполагает интеграцию с различными государственными и частными цифровыми сервисами, что позволяет сформировать собственную медицинскую экосистему внутри России. Это, в свою очередь, приводит не только к повышению взаимодействия между различными организациями, но и позволяет обмениваться опытом и совершенствовать уже существующие продукты.

Развивая медицинские технологии, стоит учесть минимизацию рутинных процессов и осуществить переход к внедрению в процесс оказания медицинских услуг голосовых ассистентов, которые позволят вместо врача вести заполнение истории болезни и других документов. Это позволит медицинскому специалисту сфокусироваться на пациенте и оказать ему качественную медицинскую помощь.

Однако, существует целый контур проблем, оказывающих негативное воздействие на внедрение цифровых решений в медицину, ключевыми из которых принято считать: несовершенство нормативно-правовой базы, сертификацию программного обеспечения и низкий уровень цифровой гигиены.

Большой проблемой является обеспечение надежности хранения медицинских данных, а также качество электронных сервисов, способных противодействовать различным киберугрозам. На сегодняшний день в России уже реализованы инициативы по созданию криптографических ключей и переходу к технологиям децентрализованного хранения данных. Это, в свою очередь, способствует повышению надежности хранимой информации и унифицирует к ней доступ. Также существенное влияние на развитие подобного рода инициатив оказывает финансовая составляющая, где особая роль отводится частным компаниям.

Выводы. Следовательно, цифровая трансформация здравоохранения – это важный этап в развитии современного общества. Он имеет широкие перспективы развития, что, в свою очередь, позволит повысить качество медицинских услуг, проводить регулярные профилактические мероприятия и способствовать повышению качества жизни населения.

Список литературы

1. Цифровая медицина [Электронный ресурс] URL: <https://medvestnik.ru/content/articles/Bezvyigryshnyi-variant.html>
2. Мониторинг глобальных технологических трендов [Электронный ресурс] URL: <https://issek.hse.ru/trendletter/news/tech/>
3. Гапоненко Ю. В. Проблемы продвижения диверсификации в национальной экономике // Вестник Волгоградского института бизнеса. – 2008. – № 5. – С. 19–21.
4. OnDocМедКарта [Электронный ресурс] URL: <https://zdrav.expert/index.php/> Компания: OnDoc_(МедКарта).
5. СберЗдоровье [Электронный ресурс] URL: <https://zdrav.expert/index.php/> Компания: СберЗдоровье.

УДК 616.028-78;615-89

ОСОБЕННОСТИ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Даминова Камила Мавляновна

Узбекистан, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Научный руководитель: д. м. н., профессор Искандарова Шахноза Тулкиновна

Введение. Цифровизация является одним из главных приоритетов в повестке реформ Узбекистана. В рамках национальной стратегии «Цифровой Узбекистан-2030» осуществляется широкое внедрение цифровых технологий во все отрасли экономики и сферы общественной жизни. Согласно данному документу, меняются подходы к совершенствованию в том числе и сферы здравоохранения республики. На сегодняшний день в Узбекистане принят ряд нормативно-правовых документов, регулирующих развитие цифрового здравоохранения. В этой связи необходимо усилить разработку и внедрение цифровых технологий в здравоохранение Республики Узбекистан, где также будет учитываться роль медицинского персонала.

Цели и задачи: изучить и представить тенденции развития цифровизации системы здравоохранения Республики Узбекистан

Материалы и методы: анализ нормативно-правовых документов Республики Узбекистан в области реформирования системы здравоохранения и цифровизации, изучение научной литературы, отчетов и других публикаций по изучаемой тематике.

Результаты и обсуждение. Наиболее исчерпывающий обзор и описание предусматриваемых реформ в сфере здравоохранения был представлен в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан». В нем определены основные направления дальнейшего развития системы здравоохранения.

Также Указ Президента Республики Узбекистан от 12.11.2020 г. № УП-6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» устанавливает дополнительные большие цели по реформированию здравоохранения.

Для медицинских же организаций и органов управления здравоохранением будут предоставлены следующие возможности:

1. переход учреждения к инновационному социально-ориентированному типу развития;
2. внедрение системы стандартизации здравоохранения;
3. оптимизация рабочих процессов за счет внедрения электронной медицинской карты;
4. учет и мониторинг медицинского персонала, лекарственных средств, медицинской техники, расходных материалов;
5. осуществление и мониторинг финансовых операций по программам гарантированной государством бесплатной медицинской помощи;
6. ведение статистики здравоохранения, бухгалтерского учета и отчетности, а также поддержка системы национальных счетов здравоохранения;
7. обмен данными между ЛПУ и органами управления здравоохранением.

В документах определено, что использование информационно-коммуникационных технологий должно стать основным механизмом мониторинга показателей работы медицинских учреждений и развития сектора в целом. Таким образом, предусматривается общая стандартизация, создание основных элементов совместимой цифровой платформы здравоохранения для выполнения задач «единой электронной платформы» по мониторингу показателей здоровья населения, прикрепления пациентов к ЛПУ, поддержке электронной медицинской карты;

создание комплексной системы электронного здравоохранения, позволяющей осуществлять обмен данными, предоставлять электронные услуги пациентам, создавая регистры, компоненты отчетности и мониторинга.

Значительную роль играет автоматизация процесса диагностики и лечения, а также внедрение информационно-коммуникационных технологий, медицинских информационных систем, телемедицины, электронных медицинских карт и электронных рецептов в сфере учреждений здравоохранения. Так отечественный автор Кодирова А. в своей работе (2017) раскрывает существующие достижения, проекты и проблемы электронного здравоохранения в Узбекистане. По результатам анализа автор отмечает, что в Узбекистане система здравоохранения активно внедряет специализированные медицинские информационные системы в рамках различных проектов по телемедицине [1].

Особое внимание вопросам цифровизации уделяется со стороны правительства Республики Узбекистан, где подготовлены все необходимые нормативно-правовые документы, а также закончены работы по созданию необходимой инфраструктуры для эффективного внедрения цифровизации в систему здравоохранения [2, 3]. В то же время анализируются существующие проблемы и возможные решения для дальнейшего реформирования системы здравоохранения, включая посредством эффективного использования современных инновационных технологий [4].

Таким образом, благодаря реализации обширных государственных программ в области здравоохранения в Узбекистане, система здравоохранения была практически полностью пересмотрена. В стране приняты меры по созданию Интегрированной Национальной информационной системы здравоохранения. Кроме того, процесс информатизации по-прежнему сталкивается со многими трудностями и протекает неравномерно. Успех информатизации здравоохранения в Узбекистане на данном этапе зависит от решения организационных и технических вопросов.

Выводы. Опыт развитых стран, свидетельствующий о целесообразности и эффективности реализации национальных стратегических и программных документов по цифровой трансформации систем здравоохранения, может быть актуален для разработки данных документов и в Республике Узбекистан. Для внедрения данных стратегий и координации взаимодействия во многих странах учреждены отдельные агентства или институты.

Во многих странах ключевым и стартовым элементом цифровизации является внедрение электронных информационных систем и платформ медицинской информации, вокруг которых в дальнейшем строится национальная экосистема цифрового здравоохранения. Республика Узбекистан следует данной парадигме, о чем свидетельствует создание Единой медицинской системы, на основе которой развиваются дополнительные цифровые сервисы.

В целом, на фоне зарубежного опыта, в Узбекистане есть большой потенциал для расширения цифровизации здравоохранения.

Список литературы

1. Kadirova, Aziza. «An Overview of the Current State and Prospects of Development of e-Health in Uzbekistan.» (2017). <https://www.semanticscholar.org/paper/An-Overview-of-the-Current-State-and-Prospects-of-Kadirova/500d7a34dbecc02e945951593a744593f910cf15>.
2. Khuzhanazarov A. Z., Allamuratov S. A. Look at medicine attention: problems and solutions // Ўтмишга назар журналы. 2019. Т. 24. No2. <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9599-2019-24-10>.
3. Гапоненко Ю.В. Проблемы продвижения диверсификации в национальной экономике // Вестник Волгоградского института бизнеса. – 2008. – № 5. – С. 19–21.
4. О проведении в жизнь государственной программы по реализации Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы в «Год поддержки активного предпринимательства, инновационных идей и технологий». NoПФ-5308. 22.01.2018. // Национальная база данных законодательства, 25.05.2018, No06/18/5447/1269.
5. Хужаназаров А. З., Алламуратов Ш. А. Система здравоохранения в Узбекистане: проблемы и реформы. Бюллетень науки и практики. Т. 7. No2. 2021 <https://doi.org/10.33619/2414-2948/63>

УДК 618.177

ЭТИКА ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Доника Алена Дмитриевна, Мелихова Лариса Александровна
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Цифровизация всех сфер социальной жизни является международным трендом. Приоритетное место среди социальных услуг занимают медицинские и образовательные. В свою очередь цифровизация медицины представляет собой прогрессивный неизбежный процесс, отражающий общую концепцию виртуальной трансформации. Создание цифровых экосистем для оказания медицинской помощи, безусловно, необходимый и прогрессивный маркер времени. Предоставляемый экосистемой информационный контент доступен 24/7/365 и обеспечивает мониторинг состояния здоровья граждан, что является важным условием для профилактического проактивного направления медицины. Такое взаимодействие необходимо для самоуправления хроническими заболеваниями, поскольку позволяет пациентами быть на постоянной связи с врачом без обременительных частных визитов к врачу. Информационная экосистема раскрывает возможности телемедицины и позволяет быстро реагировать на запросы потребителей медицинских услуг.

Цель работы: исследование этических рисков цифровизации системы здравоохранения.

Материалы и методы. Эмпирическую базу исследования составили статистические данные официального сайта Росстата с географическим охватом всей территории страны (<https://www.fedstat.ru/indicator/31547>).

Согласно примененной статистической технике, построение выборочной совокупности осуществляется в соответствии с принятой моделью многофазной выборки, в рамках которой на последней фазе реализуется модуль двухступенчатого отбора. Методология взвешивания и распространения выборочных данных обследования основана на присвоении соответствующего индивидуального (базового) веса каждой отдельной единице наблюдения и обследуемым лицам в возрасте от 15 лет и старше.

Результаты и обсуждение. В 2020 г. в структуре ИТ-компетенций жителей города на первое место вышли навыки работы с электронной почтой, отмеченные у 47,1 % жителей (т. е. примерно у каждого второго, что достоверно чаще, чем в 2019 г – 17,3 %, $p < 0,5$). У жителей сельских территорий этот навык то же лидирующий, как и «работа с текстовым редактором», «копирование или перемещение файла или папки», отмеченные у 27 %. При этом численность сельских жителей, имеющих навыки работы с электронной почтой выросла в три раза (с 9,3 до 27,4 %; $p < 0,05$).

Использование Интернета с целью поиска информации, связанной со здоровьем или услугами в области здравоохранения в 2019 году (у 40 % жителей города и 27 % жителей села) с гендерной асимметрии и для городских и для сельских поселений: для городских поселений 52,0 % женщин против 26,8 % мужчин ($p < 0,5$); для сельских – 37,1 % против 18,3 % соответственно).

Использование Интернета с целью поиска информации, связанной со здоровьем или услугами в области здравоохранения в 2020 году практически не изменилось (+1–2 %) (41 % жителей города и 28 % жителей села) с сохранением такой же гендерной асимметрии и для городских и для сельских поселений: для городских поселений 63,2 % (+10 % по сравнению с 2019 г.) женщин против 26,9 % мужчин ($p < 0,5$); для сельских – 39 % против 17,3 % соответственно). Наблюдается закрепление тенденции – женщины в 2 раза чаще используют Интернет для поиска информации, связанной со здоровьем и медицинскими услугами.

В 2021 г. появился новый показатель мониторинга – «запись к врачу», с этой целью в Интернет погружались 38,5 % пользователей, с выраженной гендерной асимметрией (51,1 % женщин и 32,7 % в городе). Этот показатель, на наш взгляд, целесообразно суммировать с целевым

показателем «поиск информации, связанной со здоровьем или услугами в области здравоохранения» для оценки интеграции населения в цифровую среду системы здравоохранения, который составил, таким образом, в 2021 г. 74,8 % пользователей Интернета (рис. 1). Для жителей города интеграция представлена 81,8 % жителей, жителей села – 51,6 %, и составляет большинство горожан и только половину сельских жителей (гендерная асимметрия сохраняется – женщины более активно интересуются рассматриваемыми вопросами).

До 2017 г. в наблюдениях Росстата не выделялась возрастная группа 75+, в силу незначительности рассматриваемого показателя. С 2017 г. численность населения в возрасте 65–74 лет имеющего навыки работы с персональным компьютером выросла более, чем в 2 раза в 2021 году, лиц старше 75 лет – в 5 раз. Возможно, этому способствовала не только пандемия, но и пенсионная реформа с увеличением пенсионного возраста, что явилось стимулом обучения работе на персональном компьютере в возрастной группе 55–64 лет (рис. 1).

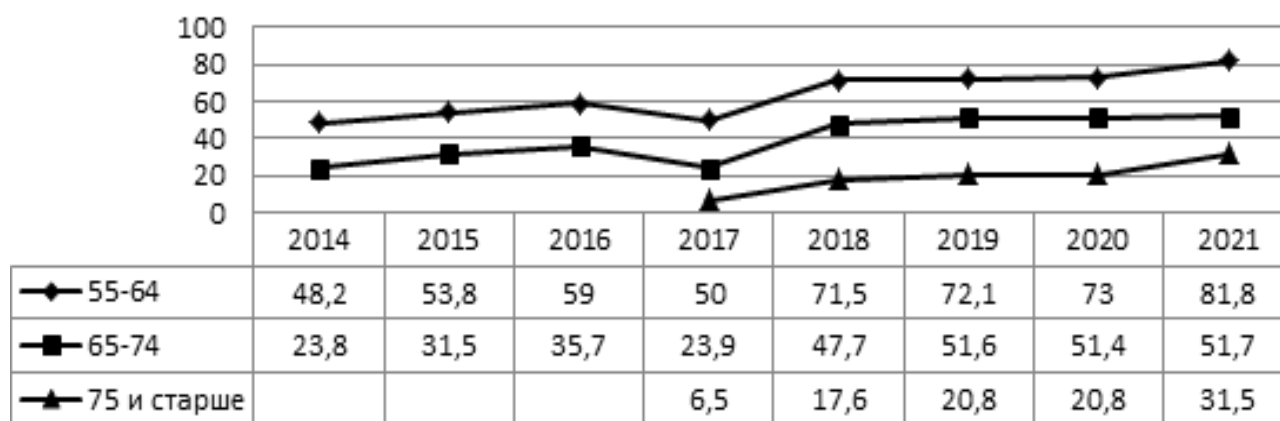


Рис. 1. Динамика использования персональных компьютеров населением старших возрастных групп за 2014–2021 г.

(По оси ординат: численность населения, в процентах. По оси абсцисс: возрастные группы)

В то же время, даже по данным 2021 г. 23,4 % домашних хозяйств в городе и 39,5 % в селе Российской Федерации не используют вообще информационные технологии и информационно-телекоммуникационные сети

Другая проблема цифрового неравенства связана с возрастом. По данным 2021 г. в возрастной группе 65–74 лет (в среднем, без учета городского или сельского проживания) примерно 40 % не используют персональные компьютеры (и их аналоговые гаджеты для выхода в Интернет), а в возрасте старше 75 лет – 70 % (рис. 1).

Таким образом, несмотря на прорыв в интеграции населения в ИТ-пространство, сохраняются риски имплементации экосистем в медицине, прежде всего по критерию информационного неравенства.

Тотальное включение медицинских организаций в информационные экосистемы может привести к стигматизации старшей возрастной группы населения России, которая по прогнозам может составить 25 % национальной выборки в 2030 году.

На территории Волгоградского региона также отмечается характерная для всей Российской федерации тенденция, отражающая феномен постарения нации – рост численности населения старше трудоспособного – пенсионного возраста (рис. 2).

Рост численности старшей возрастной группы (пенсионного возраста) на территории региона описывает уравнение, отражая стойкую тенденцию:

$$Y=6,47x+677,75 \quad R^2=0,9778$$

Увеличение числа пожилых пациентов обуславливает и изменения взаимоотношений пациентов с врачами, поскольку население старшей возрастной группы ностальгирует по феноменам советского периода, в частности по «бесплатной медицине» и образу советского врача.

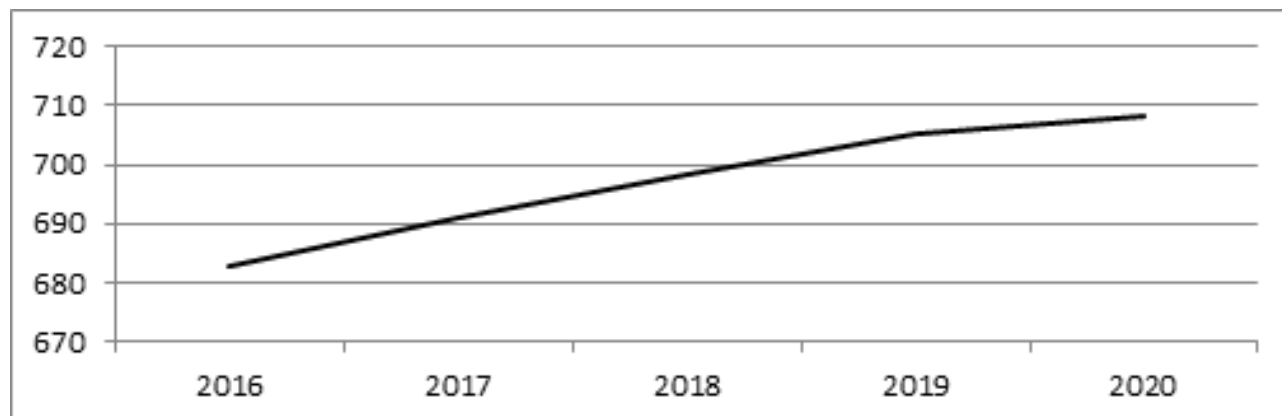


Рис. 2. Динамика численности населения Волгоградской области в возрасте старше трудоспособного (По оси ординат: численность в тыс.чел. По оси абсцисс: годы)

Общая неудовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи на кануне пандемии во многом определялась утратой советских ценностей (мнимых и реальных), цифровым неравенством возрастных пациентов, отсутствием социально-психологической конгруэнтности во взаимоотношениях с молодым поколением врачей, ориентированных на «цифру», высокие технологии диагностики и терапии.

Выводы. Формирование новой цифровой матрицы отечественного здравоохранения сталкивается с институциональными проблемами, требующими решений на государственном уровне. Учитывая сложный характер социальных интеракций в здравоохранения, помимо решения организационных вопросов, необходимо, определить двухвекторные приоритеты формирования готовности ее основных социальных акторов, обеспечивая ее «пациент»- и «профессионал»-ориентированность.

Список литературы

1. Доника А. Д. Информационные экосистемы как паттерны современной медицины: монография. – Тамбов, 2022. – 84 с.
2. Еремина М. В. Социальная группа «65+»: этическая дилемма пандемии// Биоэтика. – 2022. – Т. 15. – № 1. – С. 46–50.
3. Еремина М. В. Влияние пандемии COVID-19 на социальную интеракцию врача и пациента // Вестник Биомедицина и социология. – 2022. – Т. 7. – № 2. – С. 3–8.
4. Мелихова Л. А., Пономарченко И. А. Анализ производственных систем: учебное пособие. – Волгоград, 2015. – 140 с.

УДК 614

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Иванов Сергей Андреевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Родионова Ольга Николаевна

Введение. Медицинская информатика относится к междисциплинарным исследованиям. В 2025 году медицинская кибернетика и информатика официально отметит свое семидесятилетие. [2].

Важной отраслью, которой с каждым днем уделяется все больше внимания со стороны государства и общества в целом, является здравоохранение. При этом ключевая роль в модернизации и реформировании всей системы здравоохранения с целью ее перевода на новый более высокий качественный уровень отводится информатизации – стратегическому и крайне актуальному направлению.

Цель работы заключается в исследовании вопросов развития и внедрения информационных технологий в систему здравоохранения по данным, размещенным в свободном доступе.

Задачами данной работы являются: изучить основные этапы развития процесса информатизации здравоохранения; проанализировать нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения, регулирующие вопросы информатизации здравоохранения; выделить проблемы продвижения информатизации.

Материалами данной работы послужили публикации ведущих отечественных и зарубежных исследователей в сфере экономики и управления здравоохранением. При проведении данной работы были использованы общенаучные, частнонаучные и специальные методы исследования.

На сегодняшний день информационные технологии развиваются довольно быстрыми темпами, активно внедряются в систему здравоохранения и становятся ее важнейшим элементом. Доля государственных и муниципальных медицинских организаций (МО), внедривших различные медицинские информационные системы, увеличилась с 3,9 % в 2007 году до 91 % в 2021 году [1].

Последние разработки в области искусственного интеллекта и больших данных (big data) положительно сказались на внедрении новых и, безусловно, полезных и важных функций, являющихся основой лечебно-диагностических процессов как в МО, так и в системе здравоохранения в целом. Следует отметить, что первые исследования и попытки внедрения информационных технологий в систему здравоохранения начались еще в середине 60-х годов XX века в ведущих научных школах, НИИ и медицинских Вузах бывшего СССР.

Первые программные продукты были направлены, прежде всего, на автоматизацию рутинных организационных процессов, например, таких как формирование статистической и бухгалтерской отчетности. Последующие же продукты стали более направленными на нужды лечебно-диагностических процессов – от учета поступающих пациентов до ведения врачебных записей.

Понимание того, что компьютерные технологии могут стать довольно эффективным инструментом для развития медицины, сформировалось лишь к середине 2000-х годов, тем не менее, уровень их внедрения в МО был крайне низок. Первые отечественные медицинские информационные системы разрабатывались небольшими частными компаниями, которые выполняли конкретный заказ под нужды конкретной медицинской организации, наибольшее количество компаний-разработчиков было отмечено в 2012 году. Но уже в тот момент считалось необходимым государственное регулирование развития данной отрасли.

В минувшее десятилетие в здравоохранении Российской Федерации разрабатывались и поэтапно внедрялись государственные программы, вносились поправки в существующие законы и подзаконные акты, принимались новые нормативно-правовые акты, регулирующие процесс информатизации здравоохранения. К их числу можно отнести крупный федеральный проект по созданию единого цифрового контура в сфере здравоохранения на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Только на сегодняшний день имеется суммарно свыше 70 постановлений, распоряжений и приказов органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, а процесс совершенствования правового поля не затухает. Но основой нормативного регулирования информатизации здравоохранения является статья 91 «Информационное обеспечение в сфере здравоохранения» Федерального закона № 323-ФЗ [1].

Современная медицина при использовании информационных технологий способна обеспечить ряд новых возможностей, направленных в первую очередь на улучшение качества оказываемой медицинской помощи, например, сокращается время и увеличивается точность при обследовании и лечении; развитие телемедицины позволяет получать удаленные консультации и обследования.

Трудно представить работу современного врача без использования компьютерных технологий, которые позволяют также организовывать управление медицинскими организациями на новом технологическом уровне. Однако, несмотря на сложившиеся положительные предпосылки для продвижения информатизации, в отрасли имеется ряд проблем, сдерживающих динамичное развитие этих процессов [4].

К числу таких проблем следует отнести: финансовые и кадровые трудности, высокие затраты на пользование программным обеспечением и оплату услуг сети Интернет, отсутствие последовательной подготовки медицинского персонала к внедрению информационных технологий на местах. Конечно, для успешного управления процессом информатизации здравоохранения и решения вышеозначенных проблем необходимо грамотно и эффективно реализовывать организационный, технический, программный, информационный и кадровый компоненты.

Результаты и обсуждение. Стоит учесть, что процесс информатизации здравоохранения во многих регионах России в последние годы развивается особо бурно: для многих жителей нашей страны пользование электронными медицинскими картами, возможность записываться ко врачу, на лабораторные и инструментальные исследования становятся частью обыденной жизни. Но в то же время процесс информатизации здравоохранения в России идет медленнее, чем это обозначено в правительственных планах [3].

Выводы. Информатизация, как и любой процесс, для наибольшего успеха требует решение ряда задач: стимулирования коммерческого интереса частных IT-компаний, ужесточения для должностных лиц, курирующих процесс разработки в области информатизации, персональной ответственности в случае ненадлежащего исполнения поставленных целей и задач. На государственном уровне необходимо уделить отдельное внимание оперативному совершенствованию законодательства Российской Федерации (в том числе процессу специальной кодификации данной отрасли), которое обеспечивало бы прогрессивное развитие и внедрение информационных технологий в систему здравоохранения.

Список литературы

1. Гусев А. В., Зингерман Б. В., Тюфилин Д. С., Зинченко В. В. Электронные медицинские карты как источник данных реальной клинической практики // Реальная клиническая практика: данные и доказательства. – 2022. – № 2 (2). – С. 8–20.
2. Красильников И. А., Мусийчук Ю. И., Петров Е. И. Тенденции развития информатизации здравоохранения по данным журнала «Врач и информационные технологии» (к двухлетию выхода журнала) // Врач и информационные технологии. – 2006. – № 2. – С. 7–13.
3. Липатов В. А., Зайцев И. Г., Северинов Д. А. О проблемах внедрения IT-систем в практическое здравоохранение // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – № 17 (1). – С. 177–190.
4. Орлова А. С., Ефремова Л. И. Инновации в информатизации здравоохранения (на примере консультативно-диагностического центра Республики Мордовия) // Управление инновациями: теория, методология, практика. – 2012. – № 3. – С. 96–101.

УДК 338

ТЕЛЕМЕДИЦИНА: ОПЫТ И РАЗВИТИЕ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Казанков Юрий Владимирович

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

Введение. В настоящее время развитие технологий оказывает колоссальное влияние на человечество. В условиях цифровизации и компьютеризации всего мира, прогресса и развития технологий в медицине появились понятия: «цифровая медицина», «цифровое здравоохранение»,

«телемедицина». Рассмотрим значение термина «телемедицина». Под данным понятием подразумевается сфера медицинской науки, связанная с применением, оказанием медицинской помощи и обменом информацией между медицинскими работниками на базе телекоммуникационных технологий.

Предпосылками развития телемедицины являются: научно-технический прогресс, глобальная информатизация и мобильность, пациентоцентричность (ориентированность человека на здоровый образ жизни, добровольный мониторинг здоровья), датацентричность (возможности больших данных для аналитики в здравоохранении). Кроме того, скорейшему развитию телекоммуникационных технологий в России способствуют такие факторы, как большие расстояния, множество малых населенных пунктов [1].

Среди преимуществ телемедицины выделяют то, что это новшество экономит время, так как пациентам не приходится добираться до медицинского учреждения, стоять в очереди. Бесконтактный прием помогает сохранить здоровье врача при вспышках каких-либо эпидемий и сократить распространение вирусов, как уже доказала практика при борьбе с COVID-19. Эксперты из Гарварда полагают, что телемедицина может снизить инфекционные заболевания и повлиять на снижение эпидемиологической кривой [2]. Также к преимуществам можно отнести проведение оперативных совещаний, коллегий, конференций, семинаров. Внушительным плюсом является повышение квалификации и профессиональная переподготовка у врачей в малых сельских поселениях и небольших районных центрах с помощью телекоммуникационных технологий.

При избытии преимуществ, у телемедицины есть также и минусы. Люди, которые находятся в группе риска, могут не уметь пользоваться интернетом или компьютером, например, пенсионеры, люди пожилого возраста. Этот недостаток связан с демографическим фактором [2]. Также распространенной проблемой этой сферы является защита личных данных и конфиденциальность.

Цели и задачи. Общая цель исследования – оценить развитие телемедицины в Волгоградской области как в государственных, так и в коммерческих медицинских учреждениях.

Материалы и методы. Методологической базой решения поставленных задач выступил анализ эмпирических данных и теоритического материала, а также сравнение и синтез полученных результатов.

Результаты и обсуждение. Региональный опыт цифровизации медицины показывает нам, что не все технологии и задумки быстро реализуются. Анализ практик некоторых государственных и частных медицинских учреждений Волгоградской области выявил, что телемедицина в регионе находится в начальной стадии своего развития. Государственные учреждения чаще всего используют онлайн технологии, чтобы повышать квалификацию сотрудников и студентов медицинских университетов.

Одним из примеров применения онлайн технологий является телемедицинский центр на базе Волгоградской областной клинической больницы № 1. В рамках телемедицинского центра, который работает с 2013 года, проводится консультирование пациентов и дистанционные образовательные мероприятия.

На уровне регионального законодательства развитие данной сферы находит поддержку: 3 июля 2013 года Министерством здравоохранения Волгоградской области был издан приказ о создании системы телемедицинской помощи. Телемедицинский центр ВОКБ № 1 получил статус головного, что предполагает организационно-методическую и координационную деятельность в сфере телемедицины региона. Также создано 11 телемедицинских центров в крупных учреждениях здравоохранения и 37 телемедицинских пунктов.

Так, в 2019 году проведено 295 телемедицинских консультаций, организован 61 консилиум, 158 научно-практических конференций по профилям «офтальмология», «эндокринология», «нейрохирургия», «оториноларингология» [3].

Как и ранее было отмечено, в образовании студентов и повышении квалификации медицинских работников технологии играют большую роль. В Волгоградском государственном

медицинском университете проводятся лекции для докторов районных больниц области по каналам видеосвязи. Это дает возможность специалистам из разных районов проходить обучение без выезда в областной центр. Кроме того, осуществляется проведение дистанционных консультаций и консилиумов [4].

Что касается рынка частных медицинских учреждений, сфера телемедицины постепенно развивается. Большинство клиник в Волгоградской области предлагают онлайн-консультации с врачом-терапевтом. В клинике «Панацея» можно записаться на онлайн консультации с любыми врачами, которые работают в этом учреждении. Также широкий выбор онлайн услуг доступен в «Клинике семейной медицины»: удаленная онлайн консультация врача-эндокринолога, врача общей практики, кардиолога, гинеколога, оториноларинголога, эндокринолога и даже онколога. На сайте данного медицинского учреждения представлено нововведение: по результатам анализов пациент может записаться на удалённую консультацию доктора по вопросам профилактики и лечения коронавируса SARS-CoV-2 (COVID-19). В сети медицинских учреждений «МЕДСИ-ДИАЛАЙН» предлагается большой спектр выбора специалистов для онлайн-консультирования (более 20) с гарантией безопасности данных клиентов при оказании услуги.

Выводы. Телемедицина в Волгоградской области находится на стадии развития. Многие понимают, что использование информационных технологий не только повышает удобство посетителей клиник, но и сокращает контакты между людьми, что приводит к более низкой заболеваемости. Практики телемедицины в регионе постепенно совершенствуются, повышается качество обслуживания. Раньше онлайн-консультации пользовались большой популярностью в проведении терапии по борьбе с COVID-19, но сейчас этот опыт применяется гораздо шире, и пациент может обратиться за медицинской помощью к врачу любой специализации. Также можем сказать, что регион движется вперед в этом направлении: развиваются сервисы телемедицины, появляются единые государственные системы хранения данных, улучшается оборудование, повышается уровень защиты данных пациентов.

Список литературы

1. Косинова Н. Н., Соболева С. Ю. Анализ ключевых показателей эффективности деятельности государственных служащих // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. Сборник научных трудов VII Международной конференции. Ставрополь, 2021. С. 29–33.
2. Косинова Н. Н. Цифровизация сферы российских регионов // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. Сборник научных трудов VI Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2020. С. 107–111.
3. Телемедицина // Волгоградская областная клиническая больница № 1. – Текст: электронный. – <https://vokb1.ru/about/departments/telemedecine/>.
4. В Волгоградской области развиваются телемедицинские технологии // Комитет здравоохранения Волгоградской области – Текст: электронный. – <http://volgazdrav.ru/index.php/nezavisimaya-otsenka-kachestva/item/3584-v-volgogradskoy-oblasti-razvivayutsya-telemeditsinskie-tehnologii.html>.

УДК 614.2

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА УПРАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Кандыгулова Гульнара Жулдыкаировна

Казахстан, Актобе, Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова

Введение. Сегодня цифровизация здравоохранения рассматривается не только как одно из условий развития здравоохранения в целом, но и как одного из самых важнейших факторов экономического развития Казахстана. В первую очередь это связано с тем, что цифровизация

технологий в здравоохранении позволяет более обширно решать основные проблемы: доступность и качество медицинской помощи, а также более детального рассмотрения вопросов профилактики заболеваний [1]. Цифровое здоровье – это быстро развивающаяся область медицины, основанная на наличии постоянно растущего объема данных об образе жизни людей, их привычках, историях болезни и патофизиологических характеристиках.

Цели и задачи. Целью работы является выявление основных аспектов формирования цифрового здравоохранения. Для реализации данной цели был представлен ряд определенных задач: обзор литературы по теме исследования; определение современного состояния цифрового здравоохранения в мире, в частности в Казахстане; выявление проблем и возможных путей их решения.

Материалы и методы. В ходе работы использовались общенаучные методы познания, в том числе методы рассмотрения вопросов от общего к частному, анализа и синтеза, а также методы системного и комплексного подходов. Для написания тезиса использовались литература по теме исследования, статистические материалы, а также материалы в открытом интернет-доступе.

Результаты и обсуждение. Цифровизация в настоящее время считается одним из важнейших инструментов развития систем здравоохранения. В то же время это требует значительных усилий и инклюзивных мер, согласованных на национальном уровне. Цифровое здоровье определяется как «использование информационных и коммуникационных технологий для улучшения здоровья человека, медицинских услуг и благополучия отдельных лиц и групп населения» [2].

Быстрое развитие и продвижение цифровых медицинских технологий создали уникальный ландшафт, характеризующийся отраслью, способной быстро внедрять технологии, часто за счет разработки традиционных медицинских продуктов, испытаний на безопасность и клинических испытаний эффективности. Одним из главных факторов стремительного развития цифрового здравоохранения была пандемия коронавируса. Во время пандемии COVID-19 были необходимы новые модели здравоохранения [3]. Из-за высокой скорости передачи COVID-19 в большинстве стран были введены строгие ограничения; следовательно, общение и посещения врача-пациента стало сложной задачей. В эпоху цифровых медицинских технологий акцент на новых моделях сместился на телемедицину (виртуальные визиты, виртуальный уход), мобильные приложения (удаленный мониторинг пациентов), веб-сайты и чат-боты. Тем самым был большой прорыв в развитии цифровой медицины.

Для здравоохранения Казахстана в целом самой актуальной проблемой на данный момент является необходимость повышения эффективности качества медицинских услуг, предоставляемых в медицинских учреждениях. Несмотря на значительный прогресс, в Казахстане остается ряд проблем при разработке решений в области цифрового здравоохранения, многие из которых возникают в других странах. Данные о здоровье и медицинском обслуживании, собранные в электронной форме, все еще фрагментарны. На локальном уровне клинические данные ограничены рамками конкретной медицинской организации или нескольких организаций, использующих одну и ту же информационную систему с единой базой данных [4].

Проблемы обеспечения информационной безопасности медицинских информационных систем. Основываясь на постановлении правительства Казахстана, для промышленной эксплуатации медицинских информационных систем разработчики систем информации должны пройти сертификацию в области защиты информации. На сегодняшний день данный процесс остается дорогим, как для учреждений здравоохранения, так и для специалистов, разрабатывающих данные системы, к тому же получение сертификата является еще и довольно длительным процессом. Как результат за информационную безопасность отвечают, как разработчики программ, так же руководство медицинских учреждений. Очевидно, что последние годы Казахстан на самом деле имеет хорошие результаты в сфере информатизации системы здравоохранения государства. В рамках Национальной стратегии развития электронного здравоохранения на 2013–2020 годы

акцент сместился со сбора аналитических данных на формирование интегрированной информационной среды, обеспечивающей вовлечение и доступ к необходимой информации для всех основных бенефициаров, включая население, поставщиков медицинских услуг и лекарств, а также органов управления и финансирования.

Более того, несмотря на первые шаги по оцифровке медицинской информации, бумажные формы по-прежнему являются основным инструментом, используемым для сбора медицинских данных. Понятно, что даже после того, как будет достигнута цифровизация медицинских данных для медицинских центров, следующий этап развития – безбумажная система здравоохранения – потребует дополнительных инструментов, ресурсов и времени.

Для решения этих задач центральным государственным органам в области здравоохранения необходимо разработать ряд необходимых проектов, в том числе создания стартапов в области медицины, которые в дальнейшем будут способствовать развитию данной отрасли и решению возникающих проблем посредством введения новшеств и инноваций. Для возможности внедрения сервисов по цифровизации мониторинга назначений, а также контроля за применением лекарственных средств в лечебной практике необходимо уточнение и постоянный мониторинг регистра хронических больных.

Выводы. Чрезвычайно важным остается соответствие существующим правовым положениям, касающимся защиты данных, безопасности данных и конфиденциальности, является ключом к инновациям в цифровом здравоохранении. В Казахстане текущая национальная стратегия сосредоточена на создании комплекса информационной инфраструктуры, интегрированного и обеспечивающего все субъекты здравоохранения, начиная от общей информации о пациенте и до всей необходимой медицинской и административных данных. Полная цифровизация системы здравоохранения на самом деле является очень важным направлением развития любой страны. Все данные о пациентах, которые будут собраны и систематизированы, помогут в дальнейшем получать более качественное обслуживание, правильную диагностику и назначение эффективного лечения не только в пределах одной страны, но и в любой точке мира.

Список литературы

1. Карпов О. Э. и др. Цифровое здравоохранение. Необходимость и предпосылки // Врач и информационные технологии. – 2017. – № 3. – С. 6–22.
2. Бойко Е. Л. Цифровое здравоохранение // Вестник Росздравнадзора. – 2018. – № 3. – С. 5–8.
3. Гапоненко Ю. В. Инновационные подходы к дистанционному изучению экономических дисциплин // NBI-technologies. 2014. № 1.
4. Муслимов М. И. Цифровое здравоохранение – как фактор революционных преобразований в отрасли // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 3. – С. 63–74.
5. Тлесова Э. Б., Ахтаева С. М. Цифровизация здравоохранения в Республике Казахстан // Россия и Азия. – 2020. – № 5. – С. 6–13.

УДК 004.65

УПРАВЛЕНИЕ БИЗНЕС-ПРОЦЕССАМИ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ERP-ПЛАТФОРМЫ 1С: МЕДИЦИНА. ПОЛИКЛИНИКА

Кондратьева Кристина Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента Днепрова Ирина Валерьевна

Введение. Управление бизнес-процессами в сфере здравоохранения, как и в любой другой сфере, ведёт за собой решение целого ряда проблем, а именно: сокращение неполноты

информации о текущем состоянии организации, перспективах получения доходов и расходах. Для совершенствования работы медицинской организации необходимо обеспечение должного выполнения планов лечения и оказания помощи населению в различных условиях, организация оперативного обмена данными между различными подразделениями. Решением данных условий являются современные информационные технологии. Одной из таких информационных технологий является ERP система.

Цель. Исследовать возможности управления бизнес-процессами при поддержке ERP платформы 1С:Медицина. Поликлиника.

Материалы и методы. Изучение и анализ специальной, методической и справочной литературы, анализ материалов официального сайта 1С. Синтез полученной информации. Проанализированы информационные и аналитические материалы российских и зарубежных источников.

Результаты и обсуждение. ERP система – это система, которая объединяет множество процессов в единое целое, после чего управление любой организацией становится наиболее простым и эффективным.

Рассмотрим одну из отраслевых ERP платформ, – 1С:Медицина. Поликлиника. Решение для медицинских организаций различных организационно-правовых форм, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Продукт служит для ведения взаиморасчетов с контрагентами, управления потоками пациентов, персонифицированного учета оказанной медицинской помощи [1].

Данная платформа направлена на решения ряда проблем, связанных с бизнес-процессами, происходящими в поликлинике, к ним можно отнести:

Документооборот. Поиск пациентов в информационной базе, подлежащих оплате, оформление справки для налогового социального вычета, ведение справочной информации о кабинетах и врачах, регистрация договоров с плательщиками на оказание медицинской помощи, формирование перечня медицинских услуг, которые можно оказывать по договору, установка стоимости медицинских услуг по договору, формирование скидок/наценок, которые могут применять регистраторы, отслеживание графика оплаты по договору [2]. Примером введения 1С:Медицина. Поликлиника служит опыт ООО «ГеоМед», для более эффективного функционирования организации было необходимо автоматизировать следующие функции: ведение электронной медицинской карты пациента, учёт и хранение документов. После введения программы работа в ООО «ГеоМед» упростилась, все медицинские данные о пациенте хранятся в единой цифровой среде в удобном структурированном формате, это позволяет максимально быстро найти необходимую информацию во время приема. Все данные медицинской организации теперь хранятся в одном месте. Также важно отметить, что было также проведено дистанционное обучение пользователей.

Защита персональных данных. Программа обеспечивает: встроенный механизм контроля доступа к медицинским данным; ведется аудит изменений всех персональных и медицинских данных, то есть не существует возможности удаления данных; можно только сформировать новую версию данных; доступ к персональным данным осуществляется в соответствии с ролевой моделью. Данная задача стояла перед автоматизацией ООО «НПО «Мир Здоровья» с помощью «1С:Медицина. Поликлиника». Введение программного продукта позволило обеспечить полную защиту специальных персональных данных, осуществлять управление доступом, регистрацию и учет всех действий с этими данными, анализ защищенности и принятие мер по ее усилению [3].

Управление пациентопотоком. Программа позволяет вести несколько медицинских карт для одного пациента – амбулаторную карту, стоматологическую карту и т.д. Для каждого медицинского работника указывается, к какому типу карт он имеет доступ. Предварительную запись пациентов может осуществлять как регистратура, так и врачи при выполнении назначений повторных приемов, консультаций, исследований, манипуляций. Внедрение «1С:Медицина. Поликлиника» в ООО «РенКлиника» для мониторинга и управления потоками пациентов

(электронная регистратура) позволило минимизировать количество пересечений потоков условно здоровых и условно больных пациентов.

Оптимизация численности персонала. Нагрузка может быть распределена таким образом, что необходимость в определённых кадрах будет отсутствовать, так как использование платформы позволяет исключить лишние действия, которые ранее нуждались в отдельных работниках. Это позволит улучшить экономическую эффективность организации. «1С: Медицина. Поликлиника» в ООО МЛДЦ «ДИАГНОСТ». Руководство компании обратилось с потребностью перехода со старой мед. системы на базе «1С:Торговля и Склад 7.7» на более современный продукт. Используемая система долгое время работала в организации, дорабатывалась под нужды пользователей для максимального удобства. Переход в первую очередь обуславливался сложностью поддержки системы. Система была сконструирована под работу регистратуры, кассы и сбор отчетов для бухгалтерии. Итоги перехода, следующие: ведётся корректный учет денежных средств, поступающих в кассу компании различными методами оплаты (наличная/безналичная оплата), четкое распределение обязанностей по ведению услуг, цен и расписания врачей.

Выводы. Таким образом, возможности управления бизнес-процессами при поддержке ERP платформы 1С:Медицина. Поликлиника широки и могут использоваться медицинской организацией как в качестве замены существующего программного продукта, так и введения принципиально новой организации работы с данными. Задачи, обеспечение которых способна выполнить программа 1С:Медицина. Поликлиника, следующие: обеспечение эффективного документооборота, защита персональных данных, управление пациентопотоком и оптимизация численности персонала.

Список литературы

1. 1С:Медицина. Поликлиника: Возможности продукта – Текст: электронный. – <https://solutions.1c.ru/catalog/clinic/features> (дата обращения: 11.10.2022)
2. ПЕРЕХОД НА ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ РФ. Днепровская И. В., Орлов Д. В. В сборнике: Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции. 2019. С. 25–29. (дата обращения: 13.10.2022)
4. 1С:Медицина. Поликлиника: Проекты внедрений – Текст: электронный. – https://solutions.1c.ru/projects/?project_product_id=149 (дата обращения: 13.10.2022)

УДК 316.42+614.2

ЦИФРОВИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ольга Сергеевна Кошечкина

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

Введение. Доступ к услугам здравоохранения – это важный социальный фактор, который определяет здоровье населения.

В настоящее время цифровизация общественной жизни растет огромными темпами, в связи с этим изменяются требования к сфере здравоохранения. Цифровизация в целом – переход к новым процессам, моделям и подходам, основанным на информационных технологиях. Внедрение цифровизации в сферу здравоохранения с каждым годом повышает доступность и качество услуг без увеличения расходов на здравоохранение. Прогресс в цифровом здравоохранении

позволяет менять традиционные подходы в оказании медицинской помощи, приближая здравоохранение к нуждам и потребностям населения [4].

Цель. Проанализировать преимущества и недостатки внедрения цифровизации в сферу здравоохранения, в том числе региональном (Волгоградская область). Для достижения поставленной цели определены следующие задачи: рассмотреть теоретические аспекты цифровизации здравоохранения; определить проблемы внедрения цифровизации в сферу здравоохранения; выявить перспективы внедрения цифровизации в сферу здравоохранения.

Материалы и методы. База исследования представляет собой статистические данные, полученные из официальных источников, опубликованных в административных и профессиональных интернет-ресурсах. Используются общенаучные методы анализа и синтеза, системный подход в обработке информации.

Результаты и обсуждение. Основой реализации цифровизации здравоохранения в нашей стране является ряд поручений Президента Российской Федерации: Указ Президента «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [1], национальные программы и пр.

В 2017 году принята Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [2], срок реализации которой должен завершиться в 2025 году. Цели программы: увеличение средней продолжительности жизни; снижение смертности населения; повышение уровня жизни населения; повышение удовлетворенности населения качеством предоставляемых услуг.

При реализации вышеуказанной программы будут созданы благоприятные условия для применения цифровых технологий в медицине. Таким образом это поможет: создать электронные паспорта пациента; оптимизировать документооборот медицинских организаций; создать мобильные приложения для вызова врача на дом; отследить результаты анализов; выписывать электронные рецепты и пр. [2].

В региональном здравоохранении цифровые услуги стали уже привычным явлением. Все больше людей получают возможность в электронном виде оформить больничные листы, справки, на прием можно записаться через колл-центры и интернет-сервисы.

К примеру, по данным комитета здравоохранения Волгоградской области, в регионе в 2022 году электронные листы временной нетрудоспособности получили более 311 тысяч человек. В сравнении с 2021 годом число обращений в колл-центры и интернет-ресурсы по поводу записи на прием к врачу повысилось в 3,5 раза [6].

Следует отметить, Волгоградская область стала одним из первых субъектов Российской Федерации, где внедрен и действует сервис онлайн-прикрепления к местным поликлиникам через портал «Госуслуги».

Также, в процессе реализации в Волгоградской области регионального проекта «Создание единого цифрового контура в сфере здравоохранения на основе ЕГИСЗ – единой государственной информационной системы здравоохранения национального проекта «Здравоохранение» доступно: дистанционная запись к врачам-специалистам, оформление электронной медицинской документации и пр.

Положительные стороны внедрения цифровизации в сферу здравоохранения [5], в том числе региональном, следующие:

- ускорение передачи информации от медицинского работника пациенту;
- удобство хранения информации в медицинской организации;
- упрощение и ускорение процесса записи на прием к врачу;
- упрощение процедуры получения рецепта или результата анализа.

Однако, несмотря на все положительные аспекты, существует и ряд проблем:

- увеличение нагрузки на медперсонал. Например, ведение документации также происходит на бумажных носителях, и одновременно часто у медицинских организаций, в большинстве

случае региональных, отсутствуют возможности по организации документооборота в электронном виде и имеются сложности в получении доступа к ЕГИСЗ;

- технологические проблемы: не все медицинские организации подключены к высокоскоростному Интернету и к ЕГИСЗ, да и не все пациенты подключены и имеют навыки работы в Интернете;

- сложности в безопасном хранении большого объема информации, передаче личных данных в зашифрованном виде, доступе каждого гражданина РФ к своим медицинским документам;

- нехватки кадров. В регионах имеется нехватка узких квалифицированных специалистов, вследствие чего возникают сложности с проведением первичной консультации и постановкой диагноза;

- недостаточность финансирования.

В связи с этим, планируется развитие телемедицины, устройств для удаленного мониторинга и электронных медкарт, а также в перспективе с помощью технологии 3D-печати планируется печатать кожу и органы.

Развитие телемедицины в Волгоградской области проходит в рамках регионального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)». В общей сложности в районах области оборудована 951 точка на базе местных поликлиник и ФАПов, где есть доступ в интернет и необходимая компьютерная техника для онлайн-консультаций [3].

Выводы. В будущем, получая и обрабатывая данные о здоровье, можно будет разрабатывать лучшие диагностические процедуры и методы лечения, индивидуальные для каждого человека. Цифровизация открывает новые возможности для решения целого ряда проблем, характерных для нашей страны с ее необъятными просторами. Применение цифровых технологий должно существенно упростить работу медицинских работников, позволяя им больше внимания уделять пациенту.

Из-за более медленного темпа внедрения технологий в сфере здравоохранения по сравнению с другими отраслями цифровизация не столь очевидна, однако в будущем с развитием технологий данная сфера сможет в полной мере использовать преимущества цифровизации.

Список литературы

1. Указ Президента Российской Федерации № 204 от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» – Текст: электронный. – <https://base.garant.ru/71937200/>

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» – Текст: электронный. – <https://base.garant.ru/71848440/>

3. Паспорт федерального проекта Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) (Волгоградской области) – Текст: электронный. – RP_Cifrovoy_kontur_zdravoohraneniya.pdf

4. Косинова Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения российских регионов // В сборнике: Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. Сборник научных трудов по материалам VI Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2020. С. 107–111.

5. Косинова Н. Н., Соболева С. Ю. Стратегические приоритеты развития цифровизации здравоохранения // В сборнике: Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. Сборник научных трудов по материалам VI Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2020. С. 34–38.

6. В волгоградском регионе развивают цифровые услуги в здравоохранении – Текст: электронный. – <http://volgazdrav.ru/index.php/component/k2/item/19271-v-volgogradskom-regione-razvivayut-tsifrovyye-uslugi-v-zdravoohranenii.html> (дата обращения: 24.09.2022)

УДК 338.2

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Краснова Анна Федоровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Система здравоохранения постоянно сталкивается с различными проблемами, связанными с оптимизацией общих процессов. Внедрение передовых технологий, таких как телемедицина, онлайн-регистрация пациентов, автоматизация систем учета и электронного документооборота, положительно меняет системы здравоохранения в лучшую сторону.

Цели и задачи. Охарактеризовать трансформацию в здравоохранении с позиции развития цифровых инноваций в отрасли.

Материалы и методы. До 2024 года российское правительство инициировало реализацию двух проектов: решения по созданию федеральной медицинской платформы и создание единого цифрового обращения. Планируются следующие изменения:

- единый подход к оказанию медицинской помощи;
- внедрение системы слежения;
- использование электронных документов для управления системой здравоохранения.

Результаты и обсуждение. Оцифровка медицины – это внедрение современных информационных технологий в различные процессы медицинской отрасли, как в бюджетной, так и в частной коммерческой медицине.

Пандемия оказала значительное влияние на загруженность учреждений здравоохранения и на нагрузку на персонал. В этом контексте инициатива по внедрению технологии удаленного управления приемом пациентов и выпиской лекарств получила поддержку федеральной власти. Соответствующая правовая база для внедрения «электронных рецептов» в контексте использования электронных медицинских карт будет разработана в ближайшем будущем.

Телемедицина. В последние годы онлайн-консультации с врачами стали одной из важнейших тенденций в медицинской сфере. Все больше клиник предлагают своим пациентам виртуальные обследования и консультации во время пандемий, поскольку врачи, а также пациенты ищут безопасный способ получения медицинской помощи.

В современных условиях телемедицина может стать постоянной отраслью для здравоохранения. В связи с растущей распространенностью хронических заболеваний и увеличением спроса на медицинские услуги телемедицина обещает стать жизнеспособным решением. Такие технологии, как виртуальный чат, позволяют врачам общаться со своими пациентами, где бы они ни находились.

Благодаря мобильным медицинским приложениям, предлагающим медицинские услуги по требованию и видеоконсультации в режиме реального времени, врачи могут виртуально оценивать, диагностировать и лечить целый ряд симптомов. Телемедицина – одна из ключевых тенденций в здравоохранении, которая может определить будущее отрасли.

Медицинские приборы и носимые медицинские устройства. Пандемия наглядно демонстрирует важность носимых медицинских устройств и медицинских гаджетов – цифровых носимых медицинских устройств, таких как умные часы, которые могут контролировать кровяное давление, уровень кислорода, уровень сахара в крови и многое другое.

В связи с растущей тенденцией в области здравоохранения можно ожидать, что все больше компаний будут внедрять медицинские технологии в свою продукцию. Такие цифровые устройства помогут пациентам следить за состоянием своего здоровья и при необходимости вносить эффективные коррективы. Они незаменимы и экономят драгоценное время.

В ближайшие годы носимые и цифровые устройства могут помочь потребителям более разумно поддерживать и управлять своим здоровьем.

Использование искусственного интеллекта (ИИ). Использование искусственного интеллекта – одна из важнейших тенденций в медицине. Искусственный интеллект успешно заменяет трудоемкие задачи в здравоохранении. Теперь лечение можно проводить дистанционно, обеспечивая пациентам решения в режиме реального времени.

Разговорные роботы в этой области выходят за рамки готовых ответов на информацию и обеспечивают интеллектуальные ответы, похожие на человеческие. Искусственный интеллект можно использовать для управления рабочими процессами в клиниках и лабораториях.

Искусственный интеллект – одна из самых быстрорастущих тенденций в здравоохранении, и ожидается дальнейшее проникновение в этот сектор. Платформы на основе ИИ могут сыграть важную роль в контроле безопасности пациентов, повышении эффективности и снижении количества клинических ошибок.

Защита данных пациента. Одной из наиболее важных тенденций в здравоохранении является важность защиты данных клиентов, которую поставщики медицинских услуг и страховщики не могут позволить себе игнорировать. Медицинские данные физических лиц и данные пациентов, собранные клиниками, входящими в покрытие, защищены на федеральном уровне.

Безопасность конфиденциальных медицинских данных и связанные с этим нормативные требования возрастут. Обмен данными и консолидация технологий в здравоохранении неизбежны, но они могут происходить в условиях кибер-атак, угрожающих отрасли.

По мере развития этого процесса клиницистам необходимо будет внедрять строгие планы защиты данных для выявления и предотвращения потенциальных угроз.

Вывод. Инновационные технологии способны создать более персонализированную систему здравоохранения для пациентов, в то же время упрощая и повышая эффективность использования современных технологий медицинскими работниками. Поставщики медицинских услуг могут создать цифровой фундамент, к которому можно добавить новые технологии, объединяющие фрагментарную медицинскую информацию с социальными системами, финансовыми ресурсами, домашним мониторингом и самообслуживанием, а также другими традиционными методами ухода.

Список литературы

1. Альпаков Н. Г. Цифровизация медицины 2022: тренды и практическое применение // Автоматизация медицинского центра – 2022. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://www.1cbit.ru/>
2. Панышин Б. Н. Цифровая экономика: понятия и направления развития // Наука и инновации. 2019.

УДК 614.212

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ УСЛУГИ «ЗАПИСЬ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ»

Ли Татьяна Геннадьевна, Вершинина Арина Евгеньевна

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

Введение. Цифровизация медицины России – сложный инновационный процесс, включающий в себя все этапы жизненного цикла создания средств информатики, информационных систем и совершенствования технологии управления.

С 2019 года началась реализация федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)», который предполагает повышение эффективности функционирования

системы здравоохранения за счет создания единого цифрового контура здравоохранения и организации механизмов информационного взаимодействия медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения на основе ЕГИСЗ в 2022 году, реализации электронных услуг (сервисов) в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг, доступных для всех граждан Российской Федерации к 2024 году [1].

В настоящее время разрабатываются меры по развитию цифрового здравоохранения, включающего в себя ряд следующих направлений: телемедицину и удаленную медицинскую помощь, медицинские информационные системы, мобильные медицинские сервисы, аналитические медицинские сервисы. Предполагается, что активная цифровизация медицины повысит доступность медицинской помощи для населения [2].

Направления развития цифровых технологий в медицине – это любые технологии, рассчитанные на врача, медицинскую организацию или пациента. В качестве наиболее вероятных и близких к внедрению в практику здравоохранения цифровых технологий могут быть следующие: электронная запись на прием к врачу или онлайн-консультация врача, дистанционная передача данных в медицине [3].

Запись на прием к врачу в режиме онлайн заслуженно входит в число наиболее востребованных в сегодняшних условиях дистанционных сервисов. Мониторинг качества записи на прием к врачу и выявление проблем, возникших у медицинских организаций в этой связи, – приоритетные задачи, стоящие перед Минздравом России в контексте информатизации здравоохранения. К 2024 г. доля записей на прием к врачу, совершенных дистанционно, должна составлять 63 % [4].

Однако дистанционную запись к врачу нельзя назвать абсолютно эффективной. Это обусловлено отсутствием информационных технологий у определенных слоев населения, цифровой неграмотностью пожилых людей, неосведомленностью части населения о предоставлении данной услуги.

Цели и задачи работы: оценить информированность населения об электронной услуге «Запись на прием к врачу» и её доступность.

Материалы и методы: социологическое исследование по специально разработанной анкете среди студентов образовательных организаций высшего образования.

Результаты и обсуждение. В опросе приняли участие 368 студентов, обучающихся в вузах различных профилей (медицинский, технический, педагогический, экономический, физико-математический, юридический, гуманитарный и творческий) на 1–6 курсах.

Результаты исследования показали хорошую информированность студенческой молодежи о наличии электронной услуги «Запись на прием к врачу» на портале Госуслуг. Так, о возможности записи к врачу онлайн знают 76,4 % опрошенных, остальные узнали о ней при прохождении анкетирования.

Данной электронной услугой для записи на прием к врачу в государственную медицинскую организацию за последние полгода воспользовались 58 % опрошенных.

Одновременно среди предложенных вариантов ответ на вопрос «Какими способами записи к врачу вы пользуетесь?» 35 % респондентов выбрали запись в регистратуре медицинской организации при посещении, далее по убыванию – онлайн запись через Госуслуги (22 %), онлайн запись через сайт медицинской организации (19 %), через колл-центр (16 %).

В качестве положительных моментов использования электронной услуги «Запись на прием к врачу» на портале Госуслуг примерно половина опрошенных студентов (47 %) отметили минимальные временные затраты на оформление записи и 25 % респондентов выбрали отсутствие необходимости ожидания в очереди.

Основными факторами, препятствующими или затрудняющими использование данной электронной услуги, явились успешная запись на прием к врачу оффлайн (34 % опрошенных), сложность системы записи (20 %), неудобный процесс записи (19 %), отсутствие необходимых специалистов на сайте (14 %).

Выводы. Таким образом, современная студенческая молодежь хорошо информирована о наличии электронной услуги «Запись на прием к врачу», примерно половина опрошенных воспользовались ею за последние полгода, однако до сих пор сохраняется ряд технических и организационных проблем, препятствующих более широкому распространению данной услуги.

Список литературы

1. ПАСПОРТ федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)». <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/tsifra>
2. Цифровая трансформация отраслей: стартовые условия и приоритеты: докл. к XXII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 13–30 апр. 2021 г. / Г. И. Абдрахманова, К. Б. Быховский, Н. Н. Веселитская, К. О. Вишневский, Л. М. Гохберг и др. ; рук. авт. кол. П. Б. Рудник ; науч. ред. Л. М. Гохберг, П. Б. Рудник, К. О. Вишневский, Т. С. Зинина ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2021. – 239, [1] с. – ISBN 978-5-7598-2510-4. (в обл.). – ISBN 978-5-7598-2270-7 (e-book).
3. Журавлева Т. А. Инновационные цифровые технологии в медицине. – НОВАЯ ЭКОНОМИКА: ИНСТИТУТЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, ТРЕНДЫ. – Материалы Международной научно-практической конференции. 2018. С. 78–82.
4. Эльбек Ю. В., Нефедов Р. Д. Приверженность граждан при осуществлении записи к врачу в условиях информатизации здравоохранения. Вестник ВШОУЗ. Том 8, № 2 (28), 2022. С. 146–153.

УДК 614.2

К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Орлова Анастасия Петровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Днепровская Ирина Валерьевна

Введение. Увеличение количества оказания телемедицинских услуг (консультаций, приемов) и развитие дистанционных технологий в программах обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования, требуют не только оценки и контроля качества, но так же ставят перед организатором здравоохранения важный вопрос эффективности оказания услуг, позволяющий контролировать результативность управленческих решений, операционной деятельности и формировать мероприятия по непрерывному улучшению качества оказываемых услуг.

Эффективность – это свойство системы достигать конечной цели [1, с. 15]. Эффективность медицинской услуги (медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий) рассчитывается по показателям эффективности: виды эффективности, уровни, этапы работы, объемы работы, способы измерения результатов, затраты, показатели. Расчет показателей эффективности здравоохранения по виду эффективности производится по следующим направлениям: медицинская, социальная и экономическая эффективность [1].

Цель. Разработка ключевых параметров методики оценки эффективности оказания телемедицинских услуг в условиях государственных медицинских учреждений.

Материалы и методы. Методология исследования основана на научных трудах отечественных и зарубежных авторов в области информационных и телекоммуникационных технологий в сфере здравоохранения. Для изучения показателей эффективности оказания телемедицинских услуг использовались сравнительный, системный, аналитический методы исследования, в качестве инструмента сбора первичной информации были разработаны опросники, по которым проводилось анкетирование пациентов и медицинского персонала.

Результаты и обсуждение. В настоящее время существует два подхода для оценки эффективности телемедицинских услуг, поскольку телемедицинские услуги разделены на такие направления как дистанционное взаимодействие медицинских сотрудников между собой и медицинского сотрудника с пациентом (его законным представителем). Однако, при оценке эффективности телемедицинских услуг, оказываемых в рамках программы обязательного медицинского страхования в амбулаторно-поликлинических условиях в медицинских организациях со способом оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, руководители таких организаций сталкиваются с определенными проблемами в связи с тем, что телемедицинские услуги включены в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи. То есть стоимость единицы объема медицинской помощи за обращение будет включать в себя и очные приемы и дистанционные. На данный момент довольно сложно в рамках стандартных расчетов показателей эффективности определить экономический эффект, прибыль, рентабельность оказываемых учреждением здравоохранения услуг с применением дистанционных технологий. Более того, при расчете эффективности применения телемедицинских услуг в медицинской организации важной составляющей является доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, которая не должна быть менее 1 % поскольку при меньших объемах потенциальные выгоды для организации будут ничтожно малы и к медицинской организации не будет применяться повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня).

Определив основные направления для оценки эффективности оказания телемедицинских услуг, автором разработана матрица оценки эффективности с позиции пациента и медицинской организации (медицинских работников) по следующим видам: медицинская, организационная и экономическая эффективность (табл. 1).

Таблица 1

Матрица оценки эффективности оказания телемедицинских услуг

Виды эффективности	Пациент	Медицинская организация
	Основные метрики	
Медицинская	<ul style="list-style-type: none"> - полнота обследования; - сокращение сроков лечения; - качество консультативных осмотров; - компетентность врача; - уверенность в рекомендациях врача, ясность назначений; - гарантия экстренного реагирования в кризисной ситуации по месту нахождения пациента; - удовлетворенность услугой, качеством оказания и объемом медицинской помощи 	<ul style="list-style-type: none"> - полнота и качество диагностики; - сокращение сроков лечения; - качество консультативных осмотров; - снижение числа осложнений; - повышение качества диспансерного наблюдения; - повышение качества выполнения врачебных назначений; - ведение электронного листа нетрудоспособности, выдача электронного льготного рецепта; - система экстренного реагирования в кризисной ситуации; - удовлетворенность врачей оказанием ТМК
Организационная	<ul style="list-style-type: none"> - доступность; - качество работы программного обеспечения; - наличие информации о ТМК; - электронная запись на прием; - время, выделяемое на ТМК; - безопасность 	<ul style="list-style-type: none"> - доступность (инфраструктура); - качество работы программного обеспечения; - организация рабочего места врача; - обучение оказанию дистанционных приемов; - безопасность (защита персональных данных); - время, выделяемое на ТМК; - стандартизация первичной документации
Экономическая	<ul style="list-style-type: none"> - сокращение финансовых затрат - сокращение временных затрат. 	<ul style="list-style-type: none"> - сокращение вызовов врачей на дом, сокращение, финансовых затрат; - сокращение рабочего времени персонала; - повышение эффективности трудовых ресурсов; - востребованность услуг.

Источник: составлено автором.

Для относительно объективной оценки качества телемедицинской системы используется метод анкетирования пациентов, которые получали телемедицинские консультации, а со стороны медицинской организации опрашиваются врачи-консультанты, оказывающие телемедицинские услуги. Анкеты включают в себя вопросы с несколькими вариантами ответов, которые в свою очередь оцениваются баллами, в результате сумма баллов укажет на высокую, среднюю либо низкую релевантность проведенной телемедицинской консультации [2]. Кроме оценки релевантности проводится расчет себестоимости и расчет рентабельности телемедицинских консультаций, после чего целесообразно определить качественные, технические и организационные критерии телемедицинских услуг.

Результатом проведенной оценки эффективности оказания телемедицинских консультаций станет возможность определения слабых сторон предоставляемых услуг, возможность составления перечня мероприятий по устранению замечаний потребителей, устранения выявленных медицинской организацией проблем, повышения качества услуг по тем характеристикам, которые необходимы потребителям и медицинской организации.

Выводы. Периодическая оценка эффективности оказания телемедицинских услуг в медицинских учреждениях улучшит качество медицинской помощи, повысит удовлетворенность пациентов, увеличит пропускную способность первичного звена в медицинской организации, дополнит функционал действующих в организациях медицинских информационных систем, позволит экономить время врачей и медицинского персонала, позволит удаленно управлять лечением пациентов, мониторингом здоровья и проводить профилактические и реабилитационные мероприятия.

Список литературы

1. Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / под ред. А. Р. Ильясовой. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2019. 86 с.
2. Владимирский А. В. Оценка эффективности телемедицины. Донецк: ООО «Цифровая типография», 2007. 63 с.
3. Эффективность в здравоохранении: учебное пособие / под ред. Г. М. Гайдарова, Т. И. Алексеевской / ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. Иркутск: ИГМУ, 2016. 66 с.

УДК 338

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Рыжова Дарья Сергеевна

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

Введение. Область информационных технологий является приоритетной сферой жизни России. Создание современной системы здравоохранения предполагает повышение качества, доступности медицинской помощи, что в условиях нестабильной финансовой ситуации, большой территории и изменении демографической ситуации требует новых решений. Большинство развитых стран, как и Россия, видят выход в цифровизации всех процессов оказания медицинской помощи. В условиях доминирования информационных технологий, целевое состояние отрасли называется «цифровое здравоохранение» [1].

Цифровое здравоохранение – подотрасль здравоохранения, обеспечивающая сохранение и укрепление здоровья населения, а также предоставление медицинской помощи. Цифровое здравоохранение включает в себя использование информационных и коммуникационных

технологий для здравоохранения, в том числе лечение пациентов, обучение работников здравоохранения, отслеживание заболеваний и наблюдение за общественным здоровьем. Функционирование цифрового здравоохранения направлено на реализацию государственной поддержки развития цифровой медицины, ее цифровой трансформации.

Цели и задачи. Изучение уровня цифровой трансформации здравоохранения в России, обоснование достижений и приоритетных направлений.

Материалы и методы. Методологической базой исследования выступили такие общенаучные методы исследования, как: сравнительный анализ, статистические и структурно-логические методы.

Результаты и обсуждение. Ученые, в результате цифровой трансформации медицины, определяют цифровую медицину как систему научных знаний и практической деятельности по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, сохранению здоровья и трудоспособности людей на основе цифровой платформы здравоохранения, которая развивает систему научных знаний в сфере медицины и доступ к медицинским сервисам на основе информационных и коммуникационных технологий. Сформирован ряд условий для развития цифровой медицины:

- внедрение современных цифровых технологий;
- задействование сложной медицинской техники для лечения пациентов;
- появление новых востребованных методик лечения;
- происходит оцифровка данных пациентов и всего лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) [2].

Цифровая трансформация сферы медицинских услуг поддерживается на государственном уровне. Из госбюджета РФ с 2013–2016 год выделялись средства на программное обеспечение в этой сфере: Москва (7692 млн), Санкт-Петербург (1059 млн), Московская область (532 млн) Ростовская область (444 млн) и Новосибирская область (353 млн).

Стратегия развития информатизации здравоохранения ведется и на региональном уровне. Российские регионы сильно отличаются по уровню информатизации здравоохранения. Стоит выделить факторы, сдерживающие цифровое развитие в регионах: низкий уровень использования государственных и муниципальных услуг в электронной форме; малое количество квалифицированных кадров в регионе; недостаток финансовых ресурсов для реализации проектов введения новых цифровых решений. Так, в середине 2017 года автоматизации подверглись более 65 % рабочих мест врачей страны, 90 % регионов России предложили населению услугу электронной записи, 75 % подключены к единой системе электронного документооборота [3].

Значительно усиливается роль крупных государственных ИТ-корпораций в цифровизации здравоохранения, например: объединение «Ростех» и «Ростелеком» для формирования единой цифровой платформы предоставления медицинских услуг [4]. Современные условия позволили компаниям ИТ-сферы перейти к запуску телемедицинских систем. «Билайн Бизнес» запустил сервис «Мой Доктор», в котором юридические лица или индивидуальные предприниматели могут проконсультироваться с врачом.

Цифровая трансформация российского здравоохранения направлена, на повышение эффективности деятельности в сфере медицинских услуг с помощью введения цифровых технологий. Улучшение развития цифровой трансформации осуществляется за счет обеспечения равного доступа к Интернету и сотовой связи населения страны, перепроектирование государственных услуг и сервисов по получению медицинских услуг с учетом возможностей цифровых технологий.

Реализация стратегии цифровизации здравоохранения возможна за счет приоритетного внедрения следующих направлений:

- повышение медицинской и цифровой грамотности населения;
- решение правовых вопросов цифровизации здравоохранения;
- внедрение научных знаний в практику цифровизации здравоохранения;
- повышение цифровых компетенций врачей и медицинских работников;

- создание Научных центров цифровизации здравоохранения и медицины;
- обеспечение информационной безопасности платформ и сервисов;
- поддержка российских компаний для реализации инновационных решений в медицинских организациях;

Выводы. В результате изучения влияния процессов цифровизации на сферу здравоохранения выявлена ее важная роль в повышении социально-экономической жизни населения. Это обуславливает научную и практическую значимость исследования, выраженную в потребности участия государства в инновационной деятельности в области здравоохранения, ориентированной на создание новых инновационных цифровых систем здравоохранения, основанных на новых методах и способах управления, соответствующие актуальным мировым условиям.

Список литературы

1. Косинова Н. Н., Соболева С. Ю. Стратегические приоритеты развития цифровизации здравоохранения. Сборник научных трудов VII Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 2021 (Дата обращения: 25.10.22).
2. Косинова Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения российских регионов. Сборник научных трудов VI Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 2020 (Дата обращения: 25.10.22).
3. Рудычева Н. Информатизация пока усложняет работу врача / CNews. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.cnews.ru/reviews/%20it_v_zdravoohranenii_2017 (Дата обращения 23.10.22).
4. Шмырова В. «Ростех» и «Ростелеком» строят платформу для ИТ в медицине / CNews. [Электронный ресурс]. <https://www.cnews.ru/news/top/2019-07-15> (Дата обращения: 25.10.22).

УДК 614.39

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНЕННОЙ (AR) И ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ (VR) В МЕДИЦИНЕ

Сарсингалиева Аделина Ринадовна

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

Введение: Эффективность систем здравоохранения во многом зависит от использования передовых решений. С ростом общественного интереса, участия и финансирования отрасль здравоохранения становится все более и более открытой для новых технологий. Технологические достижения в области гарнитуры и компьютерного оборудования, включая компьютерную графику, привели к тому, что многие компании, особенно в сфере развлечений, инвестировали в эту технологию.

Виртуальная реальность (VR) означает компьютерную имитацию объектов и ситуаций реального или физически не существующего мира, при этом пользователь, находясь в виртуальной реальности, может совершать действия с объектами виртуальной реальности, перемещаться в ней в режиме реального времени, получая информацию через органы зрения, слуха, обоняния и осязания. Комбинацию виртуальной (VR) и дополненной реальности (AR) называют смешанной реальностью (MR), в которой объекты виртуального мира органично встраиваются в физически существующий мир, составляя единое целое и образуя новую реальность. [<https://trends.rbc.ru/trends/industry/5db179279a79472d7aa9e58a>]

Такие технологии принесут практической системе здравоохранения огромную пользу, так как не только позволяет эффективнее решать проблемы и задачи при оказании медицинских

услуг медицинскими работниками и организаторам здравоохранения, но и обеспечит эффективное развитие системы здравоохранения в России в соответствии с мировыми тенденциями.

Задачи и цели. Изучение перспектив применения технологии виртуальной (VR) и дополненной реальности (AR) в медицине.

Материалы и методы: определить пользу виртуальных технологий в сфере здравоохранения и применения их в стоматологии.

Результаты: Описан широкий спектр экспериментов по применению технологий виртуальной реальности при проведении различных медицинских манипуляций. Приведены примеры методик по успешному оказанию помощи пациентам в процессе реабилитации и для поддержания здоровья. Очерчен круг врачебных специализаций, в которых в настоящее время уже активно применяется виртуальная реальность, указаны направления исследований, многообещающих для массового использования в будущем. Описаны возможности применения виртуальной реальности (VR) в обучении медицинского персонала.

Медицинские компании используют технологии дополненной (AR) и виртуальной реальности (VR), чтобы улучшить качество обслуживания клиентов, эффективно вовлекая их в деятельность в области здравоохранения. Врачи и медицинские работники также извлекают выгоду из технологий виртуальной и дополненной реальности, используя их в операционных и аудиториях. Врачи используют технологию VR для обучения виртуальной хирургии, что может снизить вероятность операционных ошибок в будущем. Многие компании разрабатывают хирургическую систему VR, компания Fundamental VR разработала систему для процедуры сосредоточенную вокруг позвонков и декомпрессии корешков спинного нерва, которая позволяет врачам практиковать хирургическую операцию [<https://vr-magazine.ru/fundamentalvr-pomozhet-obucheniyu-hirurgov-v-virtualnoj-realnosti>].

Виртуальная реальность (VR) – это важная технология, которая может быть полезным инструментом для улучшения хирургических навыков и уменьшения хирургических ошибок. Нейрохирургия, представляющая традиционно сложную хирургическую область, получила положительное влияние с развитием виртуальных методик. При лечении острой боли виртуальная реальность использовалась как метод отвлечения внимания, и есть исследования, предлагающие роль VR в управлении хронической болью, вызывая нейрофизиологические изменения помимо простого отвлечения внимания [<https://www.mediasphera.ru/issues/Rossiiskii-zhurnal-boli/2021/2/1221952972021021033>].

Дальнейшие интересные перспективы связаны с использованием технологии виртуальной реальности для лечения «фантомных болей в конечностях» после ампутации или после травмы спинного мозга. VR используется в реабилитации для улучшения функции верхних конечностей после инсульта с умеренным улучшением или без улучшения по сравнению с обычной физиотерапией. С другой стороны, некоторые преимущества могут проявляться в улучшении когнитивных способностей пациентов с инсультом, в частности речи, внимания и памяти. VR также может принести пользу пациентам с психическими расстройствами, такими как тревожность, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами или расстройства пищевого поведения. И использоваться в качестве терапии при ряде фобий и посттравматическом стрессовом расстройстве.

Преимущества использования VR или AR по сравнению с традиционной терапией могут быть многочисленными: это может позволить многократное повторение простых задач в клинической практике в иммерсивной среде без необходимости постоянного наблюдения со стороны медицинского персонала, что может значительно снизить затраты на учебные помещения и обученный медицинский персонал. Кроме того, и особенно для неподвижных пациентов, устройства с головным креплением можно безопасно использовать дома у пациентов, что может снизить потребность в посещении больницы. Виртуальные и дополненные реальности могут быть привлекательными и удобными для пользователя, уменьшая процент отсева пациентов и создавая

более приятную среду. С исследовательской точки зрения использование виртуальной реальности может облегчить сбор данных для мониторинга прогресса.

Вывод: Виртуальная (VR) и дополненная реальности (AR) являются инновационным прорывом в здравоохранении, она имеет высокий потенциал для использования его врачами, студентами, пациентами и другими. Однако для большего распространения VR и AR-проектов в области медицины, требуется поддержка государства медицинским центрам и разработчикам. Необходимо глубокое изучение технологий, должны проводиться новые исследования и запускаться новые пилотные проекты. Кроме того, еще предстоит установить долгосрочную пользу лечения виртуальной и дополненной реальностей, особенно при лечении хронической боли. В клинических условиях создание систем виртуальной реальности по-прежнему технически сложно и непомерно дорого, и такие технологии часто менее приемлемы для пожилых людей. Всеобъемлющее руководство по стандартизации использования этих технологий в медицине все еще отсутствует и требует дальнейшего рассмотрения.

А вот в рамках корпоративного и университетского обучения, помощи врачам, маркетинга и рекламы технологии отлично применимы уже сегодня.

Список литературы

1. Карлов А. В., Секлетова Н. Н. Виртуальная реальность. История развития. URL: <https://readera.org/virtualnaja-realnost-istorija-razvitija-140123454>(Дата обращения 2017г).
2. Володина Е. И. VR-технологии в медицине, психотерапии, экспериментальной психологии. URL: <https://psy.su/feed/9251/>
3. Тарасенко Е. Виртуальная медицина: основные тенденции применения технологии дополненной и виртуальной реальности в здравоохранении. URL: https://www.researchgate.net/publication/357118646_VIRTUALNAA_MEDICINA_OSNOVNYE_TENDENCII_PRIMENENIA_TENNOLOGIJ_DOPOLNENNOJ_I_VIRTUALNOJ_REALNOSTI_V_ZDRAVOOHHRANENII (Дата обращения декабрь 2021 г.).
4. Зеленский М. М., Рева С. А., Шадеркина А. И. Виртуальная реальность (VR) в клинической медицине: международный и российский опыт. URL: <https://jtelemed.ru/article/virtualnaja-realnost-vr-v-klinicheskoy-medicine-mezhdunarodnyj-i-rossijskij-opyt>

УДК 614.39

НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Синюрина Екатерина Сергеевна

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

Введение. Разработка современной системы здравоохранения требует повышения качества, доступности медицинской помощи, увеличения территорий инфраструктуры, а также новых технологических решений. Цифровое здравоохранение – это системное понятие, где рассматриваются такие компоненты, как электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение, телемедицина. Предпосылками цифровых изменений являются: расширить Научно-технический прогресс, информатизация, активное увлечение человека своим здоровьем, обилие данных. При этом в России существует ряд фактор, которые являются доказательством необходимого перемещения медицины в цифровой формат – это высокообразованное население, большое количество малых населенных пунктов, а самое главное – большие расстояния между городами. Поэтому цифровое здравоохранение является приоритетным направлением в программе «Цифровая экономика».

Цели и задачи. Целью данного исследования является изучение применения цифровых технологий в медицине и отношения общества к их применению. Задачами данного исследования является изучение информации по применению цифровых технологий в медицине на основе исторических справок, а также выявление преимуществ в экономическом аспекте развития медицинского учреждения.

Материалы и методы. С помощью интернет-ресурсов определить уровень развития цифрового здравоохранения, с помощью анализа полученной информации выявить, как цифровые технологии в данной отрасли повлияют на работу отдельного медицинского учреждения.

Результаты и обсуждения. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 июля 2017 г. № 1632-р была принята программа «Цифровая экономика Российской Федерации», в которой цифровое здравоохранение рассматривается частью этой программы [4]. Данное направление выделяется как подотрасль здравоохранения, которая на базе медицинских организаций всех уровней обеспечивает предоставление медицинской помощи, направленной на поддержание и укрепление здоровья населения.

Цифровая медицина – система научных знаний и практической деятельности по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья и трудоспособности людей. Это результат цифровой трансформации медицины [2].

Составные элементы цифровой медицины:

- Электронный документооборот между врачом, пациентом и медицинской организацией;
- Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи
- Применение математических методов (включая методы искусственного интеллекта, обработки больших данных) при обработке медицинских данных.

На уровне медицинской организации прослеживается тенденция развития системы поддержки принятия врачебных решений, которая способствует сокращению рутинных процессов и повышает качество оказания медицинской помощи [3].

Во-первых, это связано с персоналом по обработке вызовов. Существенную нагрузку помогают снимать голосовые ассистенты, обрабатывающие более 50 % обращений на горячую линию. Заметная разница была в период пандемии Covid-19. Учреждения переходят на безбумажный документооборот, что сокращает фактор человеческих ошибок связанных с историями болезней, заявлениями. Также появляются специальные единые программы для управления клиникой, в которой оцифровываются основные процессы медицинской организации.

Во-вторых, технологии затрагивают отношение врача и пациента напрямую. Ярким примером могут послужить услуги телемедицины, которые сглаживают самый главный фактор – расстояние и дают возможность получить помощь множества врачей из разных клиник. Также такая технология как цифровая система оценки состояния поступающих пациентов достаточно облегчает работу в приемном отделении и сокращает время ожидания [1].

В-третьих, заметна роль цифровизации между государством и пациентом. Примером может послужить портал государственных услуг РФ «Госуслуги», где, например, можно записаться к врачу.

Переход на цифровой мониторинг помогает медицинской организации эффективно распоряжаться своими ресурсами и поддерживать экономическое развитие. Так, в национальном медико-хирургическом центре им. Н. И. Пирогова административно-хозяйственная деятельность переведена на единую цифровую платформу, где можно следить за коечным фондом, обслуживанием и ремонтом медицинской техники и дистанционным образованием врачей. [5] Такая технология позволяет осуществлять полный мониторинг собственных ресурсов, что напрямую влияет на экономическое развитие организации.

Заключение. Несмотря на множество препятствий, таких как консервативность, неготовность перепрограммировать ПО, ограниченный бюджет, цифровые технологии необходимы в деятельности медицинских учреждений, так как такой переход раскрывает перед обществом

новые возможности, где главным ориентиром является здоровье. Такая ориентация населения дает неоспоримое преимущество перед другими, что свидетельствует о экономическом, социальном, медицинском превосходстве.

Список литературы

1. В городских больницах внедряется цифровая система оценки состояния поступающих пациентов // Mos.ru URL: <https://www.mos.ru/news/item/101800073/> (дата обращения: 25.10.2022).
2. Карпов О. Э., Субботин С. А., Шишканов Д. В., Замятин М. Н. Цифровое здравоохранение. Необходимость и предпосылки // Врач и информационные технологии. – 2017. – № 3. – С. 7–22.
3. Косинова Н. Н. Цифровизация сферы здравоохранения российских регионов // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. – Ставрополь: 2020. – С. 107–111.
4. Программа «Цифровая экономика Российской Федерации» (утвержденная Постановлением правительства РФ от 28.07.2017 г. № 1632-р).
5. Цифровая медицина в России: как новые технологии применяются на практике // SUPERMED URL: <https://supermed.pro/digital-med.html> (дата обращения: 25.10.2022).

УДК 65.012

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ

Скосарева Полина Максимовна

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

Введение. Телемедицина является ключевым направлением развития Российского здравоохранения. Это ответвление существует уже не первое десятилетие и в своем развитии имеет несколько исторических этапов, начальный – это восьмидесятые годы двадцатого века, данный этап можно назвать экспериментальным, т.к. в нем только начиналось накопление информации о возможностях телекоммуникаций и их пользе в среде здравоохранения, следующий этап уже был больше проектным и новаторским, т.к. в девяностые годы прошлого века, как раз на втором этапе уже осознано внедрялись проекты, связанные с телемедициной, на третьем этапе, в двадцать первом веке уже существуют целые телемедицинские системы, ну и последний этап – это будущее развитие такого вида медицинской помощи [1]. Нельзя не отметить тот факт, что сильно повысилась востребованность телемедицины выразила ее бесспорную актуальность, а также улучшила качество дистанционных услуг пандемия COVID-19, что я бы тоже выделила в отдельный этап развития этого направления.

Цели и задачи. Была поставлена задача рассказать об особенностях предоставления услуг по телемедицине, показать всю ее привлекательность и удобство. Цель статьи – дать, как можно более полное представление о телемедицине, обратить на нее внимание, призвать к использованию в повседневной жизни, и конечно же разобраться не только в ее плюсах и минусах, но и в аспектах финансирования, что тоже, на мой взгляд, играет большую роль в доступности этой услуги для граждан.

Материалы и методы. Для статьи были использованы различные источники информации, проанализирован рынок, предлагающий услуги телемедицины, изучена статистика и исследования относительно данного направления развития здравоохранения. То есть произведен анализ эмпирических данных и теоретического материала.

Результаты и обсуждения. Телемедицина – это использование компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией [2]. Говоря простым языком, телемедицина – это процесс взаимодействия медицинских работников между собой (для обмена знаниями), или с пациентом (для оказания помощи и предоставления информации по вопросам

его здоровья), с помощью дистанционных технологий (будь телефон/компьютер с видеоконференсвязью, или же smart-часы и другие устройства, которые могут передавать информацию о текущем состоянии врачу в режиме реального времени).

Телемедицина может применяться практически во всех медицинских сферах, например по данным РБК наиболее популярными направлениями в России являются кардиология; гинекология; неврология; гастроэнтерология; общая терапия; педиатрия; лечение [2]. Поэтому с уверенностью можно сделать вывод о том, что такой дистанционный вид лечения подойдет всем, «от мала до велика». Каждая возрастная группа населения найдет в ней свои плюсы, так, например, для маломобильных граждан или людей пенсионного возраста, телемедицина отлично подойдет в качестве наблюдения за состоянием здоровья, для молодых людей сэкономит время на дорогу, а воспользоваться ей можно в любой точке мира, для семей с детьми тоже будет крайне удобно сначала посоветоваться с педиатром дистанционно, а потом уже по необходимости вести ребенка в опасную для иммунитета поликлинику, а после сдачи анализов и других исследований не обязательно идти/ехать на прием, сидеть в очередях и т.д., достаточно просто созвониться и получить все материалы и комментарии от врача. Отходя от пациентов, в отношении взаимодействия «врач-врач» телемедицина играет бесконечно важную роль, ведь таким образом можно сиюминутно собрать консилиум по сложным вопросам не требующих отлагательств, поделиться бесценным опытом, дать совет коллеге.

Однако, не смотря на очевидные плюсы формата, в рамках дистанционной консультации врач не может оказать весь спектр услуг, телемедицина не дает возможности полностью отказаться от очного взаимодействия, существует немало ограничивающих факторов: в удаленном формате врачу запрещено законодательством ставить диагноз; назначить лечение доктор тоже не сможет, однако скорректировать старое, уже назначенное, имеет право. Помимо рамок закона, ограничивающих возможности дистанционного формата, существует опасность утечки личной информации, от хакерских атак, что недопустимо, но главным фактором, останавливающим многих в отношении телемедицины – это отсутствие возможности получения такой услуги в полисе ОМС (полис обязательного медицинского страхования (ОМС) – документ, подтверждающий право на бесплатную медицинскую помощь.), т. е. она не финансируется государством и является платной для граждан.

Телемедицина доступна в некоторых тарифах ДМС (добровольное медицинское страхование (ДМС) – это платная страховка, которая позволяет лечиться в государственных и частных клиниках). Многие пожилые люди выбирают именно дистанционный тариф, где врач на связи в любое время суток, может отследить состояние, дать совет ответить на вопрос, без лишних передвижений и ожиданий, но самое главное, ДМС по телемедицине намного выгодней по цене, чем классический полис ДМС и его может позволить себе практически каждый. Для примера приведу тарифы СПАО «Ингострах», в классическом ДМС цена начинается от 18 000 в год, когда программа «Телемед» обойдется Вам в 1800, где Вы получите круглосуточно на линии терапевта и педиатра, психологическую поддержку, также в любое время суток, звонки из любой точки мира и еще немало профильных специалистов с ответом через час либо на следующий день [3]. По данным Роскачества освещен список самых популярных приложений, оказывающих дистанционные медицинские услуги: «SmartMed»; «Доктор Рядом Телемед»; «Яндекс.Здоровье» [4].

Выводы. Телемедицина еще слабо развита в России, однако у нее много точек роста впереди, в ней есть неоспоримые плюсы, такие, как: экономия времени/денег/сил, сохранение здоровья во время обострения вирусных инфекций и др., однако нельзя отрицать наличие весомых минусов, которые можно подкорректировать усовершенствованием системы безопасности, поправками в законодательстве и выделением бюджетных средств на развитие и популяризацию использования, такой удобной и прогрессивной телемедицины в обществе.

Список литературы

1. В. М. Леванов, И. О. Орлов, Д. В. Мерекин. «Исторические периоды развития телемедицины в России», Врач и информационные технологии, 2013, №4. С. 67–73, 7 с.

2. Людмила Клейменова. «Что такое телемедицина?», РБК тренды. – 23.07.2021, текст: электронный. – Что такое телемедицина? : РБК (rbc.ru)

3. Услуги ДМС, СПАО «Ингострах», текст: электронный <https://www.ingos.ru/dms/partner-tkb-telemed/> https://www.ingos.ru/health_life/dms/calc/

4. «Телемедицинские консультации», Роскачество совместно с ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 30.03.2020 текст: электронный – Лучшие приложения для телемедицинских консультаций | Рейтинг Роскачества (rskrf.ru).

УДК 001.895

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – НОВАЯ ПАРАДИГМА ОХРАНЫ ПЕРСОНАЛЬНОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Соколовский Михаил Владимирович

Россия, Кемеровский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время во всём мире, в том числе и в России, активно реализуются процессы информатизации всех сфер жизнедеятельности, среди которых особое место занимает цифровое здравоохранение. Цифровизация здравоохранения – важное и перспективное направление развития современной системы здравоохранения России.

Цели и задачи. Основной целью исследования выступает выявление и анализ существующих проблем в процессе цифровой трансформации системы здравоохранения России. Для достижения основной цели исследования определены следующие задачи: рассмотрение главных целей, ориентиров и задач в процессе перехода к цифровому здравоохранению; установить основные трудности внедрения цифровых технологий на современном этапе развития.

Материалы и методы. При написании работы был проведен аналитический обзор некоторых аспектов реализации федерального проекта «Цифровое здравоохранение», который является одним из направлений национального проекта «Здравоохранение» и национальной программы «Цифровая экономика». Исследование базируется на диалектическом подходе, ценность которого в анализе процессов и явлений в их движении и развитии. Используются системный подход, общенаучные методы: анализ, синтез, сравнение.

Результаты и обсуждения. Система российского здравоохранения сложная многоуровневая структура, она включает государство, медицинские учреждения, образовательные и санитарно-профилактические учреждения, врачей и организаторов здравоохранения, пациентов, а также службы материально-технического обеспечения. Каждый из указанных элементов требует усовершенствования и внедрения современных цифровых технологий, что особенно актуально в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Цифровое здравоохранение – новая парадигма охраны персонального и общественного здоровья граждан, реализуемая на основе всеобъемлющего использования информационных и коммуникационных технологий. Цифровое здравоохранение охватывает широкий круг мероприятий, предполагающих применение электронных средств для предоставления связанной со здоровьем информации, ресурсов и услуг [1].

Основные цели перехода к цифровому здравоохранению: (1) повышение доступности медицинской помощи (равный доступ, уменьшение времени ожидания, оптимизация ресурсов, дистанционное консультирование); (2) обеспечение непрерывности процесса оказания медицинской помощи (координация действий, обмен информацией); (3) повышение качества оказываемой медицинской помощи (реализация обратной связи с пациентом); (4) обеспечение безопасности пациентов (снижение риска причинения вреда состоянию здоровья в процессе лечения и прогнозирования осложнений патологического процесса); (5) мотивирование пациента к сотрудничеству

в процессе лечения (ориентация на пациента, его вовлечение к участию в процессе лечения, домашний мониторинг); (6) обеспечение мониторинга состояния здоровья российской популяции (показателей заболеваемости, инвалидности, смертности, эпидемиологической ситуации).

Основной целью цифрового преобразования здравоохранения России является создание экосистемы цифрового здравоохранения путём внедрения инновационных технологий в медицинские организации, повышение к 2025 году более чем на 30 % эффективности использования разнообразных ресурсов в процессе оказания медицинских услуг, а также обеспечение всех граждан страны медицинской помощью по месту требования [2].

Для достижения указанных целей необходимо решить следующие задачи: (1) формирование нормативной базы программы цифрового здравоохранения, разработка концепции госрегулирования цифровизации и формирование системы мер господдержки цифрового здравоохранения; (2) формирование кадров в цифровом здравоохранении и создание системы, стимулирующей медицинских работников к активному использованию электронных сервисов; (3) формирование инфраструктуры цифрового здравоохранения и реализация платформы, которая предоставит медицинскому персоналу доступ к показателям состояния здоровья пациента, к данным его медицинской карты; (4) реализация разработок и исследований, в частности активное использование в медицине интеллектуальных систем в качестве поддержки в процессе принятия врачебных решений.

Отметим, что при реализации крупномасштабных системных проектов, подобных цифровой трансформации, необходимо учитывать географическую протяженность нашей страны, множество разнородных регионов и колоссальное количество территориальных образований, разные исходные возможности и потенциал, неравномерность регионального социального и экономического развития в целом [3].

Выводы. Информатизация российского здравоохранения процесс целенаправленный, сложный, но неизбежный. Невозможно вернуться к прежней системе здравоохранения, точка невозврата пройдена, в связи с тем, что в нашей стране завершился период базовой информатизации здравоохранения.

В ходе внедрения цифровых технологий приходится сталкиваться с такими трудностями, как нехватка кадров в различных регионах, изношенность инфраструктуры, неразвитость законодательной базы, регламентирующей сферу цифровой медицины и недостаточность финансирования лечебных учреждений.

Среди причин медленного продвижения к цели необходимо выделить исходную недооценку масштаба и сложности задач; недостаточное количество имеющихся профессионалов в предметной области; неготовность лиц, принимающих решения, и медицинского персонала к работе в среде информационно-коммуникационных технологий, также между регионами по-прежнему имеет место быть выраженное «цифровое неравенство».

Список литературы

1. Соколовский, М. В. Цифровое здравоохранение в Российской Федерации / М. В. Соколовский, А. Д. Пирожкова // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций, – Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2021. – С. 266–270.

2. Жуланова, И. Д. Цифровое здравоохранение / И. Д. Жуланова // Развитие современной науки: тенденции, проблемы, перспективы: Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции / Под общей редакцией А.И. Вострцова, 2018. – С. 201–207.

3. Соколовский, М. В. Неравномерность регионального развития: особенности проявления и направления преодоления : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (по отраслям и сферам деятельности, в т.ч.: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами; управление инновациями; региональная экономика; логистика; экономика труда; экономика народонаселения и демография; экономика природопользования; экономика предпринимательства; маркетинг; менеджмент; ценообразование;

экономическая безопасность; стандартизация и управление качеством продукции; землеустройство; рекреация и туризм)»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Соколовский Михаил Владимирович. – Кемерово, 2004. – 25 с.

УДК 65.012.7

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Сосновская Анна Владимировна

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

Введение. Цифровизация медицинской сферы – новая тенденция современности. Особенно отчетливо это стало заметно в период глобальной пандемии, вызванной коронавирусной инфекцией Covid-19. Из-за невозможности в полном объеме получить медицинскую помощь, отсутствия в отдаленных регионах России компетентных специалистов возросла популярность получения медицинских услуг в удаленном формате [1].

Свыше 100 стран изучают опыт применения телемедицинских технологий в сфере здравоохранения, активно на практике вводят в процедуру оказания медицинской помощи пациентам нейронные сети. Согласно данным, представленным BBC Research, объемы денежных вливаний в данную отрасль растут в геометрической прогрессии. Если в 2017 году объем инвестиций в телемедицину составлял \$26,7 млрд, то в 2023 году эта сумма увеличится до \$72,5 млрд во всем мире [2].

Российский рынок телемедицины – невелик. На 2018 год его объем равнялся 2 млрд рублей. В 2019 году объем вливаний средств инвесторов в развитие телемедицинских технологий составил 10 млрд рублей. Планируется, что в период с 2020 по 2025 год рост вложений в эту сферу в России может превысить 96 млрд [3].

Но, несмотря на увеличение бюджетных ассигнований и частных вливаний, недостаточность финансирования телемедицинских технологий, правовые недоработки в сфере регулирования телемедицины являются главными факторами, которые обуславливают ряд существенных проблем, существующих в области цифровизации здравоохранения.

Цель исследования. Выявить основные проблемы развития телемедицины в здравоохранении.

Материалы и методы. Для написания научной статьи автор применял метод анализа, синтеза, а также системный подход к обобщению нормативно-правовых актов, регламентирующих применение телемедицинских технологий в здравоохранении.

Результаты и обсуждение. Цифровизация уже стала неотъемлемой составляющей современного здравоохранения. Ориентированность населения на здоровый образ жизни, применение электронных цифровых устройств для измерения различных показателей функционирования человеческого организма. Появление интереса к услугам в области ментального здоровья, услугам, связанным с составлением программ правильного питания и ведения здорового образа жизни [1]. Возрастающая цифровая грамотность населения и обеспеченность необходимыми устройствами делает цифровые услуги в здравоохранении более востребованными.

Одним из значимых направлений цифровизации является использование телемедицинских технологий. Телемедицина – это предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок,

а также для непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья населения и развития местных сообществ [4].

Последние годы в России была отмечена тенденция развития телемедицины исключительно в одном сегменте – консультация «врач-врач». Однако в 2018 году в юридическую силу вступил федеральный закон № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья», благодаря которому пациенты обрели долгожданную возможность получать квалифицированную медицинскую помощь в удаленном формате [5].

Колоссальным толчком к развитию телемедицины в России стало подписание В. В. Путиным национального проекта в области здравоохранения, который в частности, подразумевал реализацию регионального нацпроекта «Создание единой цифровой схемы в здравоохранении на базе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» [6].

В последние два года телемедицина прочно вошла в жизнь россиян, но несмотря на это, многие клиники, врачи и пациенты настороженно смотрят на тенденцию цифровизации медицинской сферы. Виной тому – многочисленные проблемы, с которыми сталкиваются на практике при внедрении телекоммуникаций.

Первая проблема – отсутствие единого свода нормативно-правовых актов, на основании которых происходило бы правовое регулирование этой сферы здравоохранения. В частности, проблемным остается вопрос, как определить субъекты правоотношений телемедицины, а также каковы их права и обязанности [7].

Вторая проблема – наложение вето на постановку диагноза пациенту. Из-за этого резко сужается спектр удаленных медицинских услуг. Врачи этой специальности на основании он-лайн жалоб и сбора анамнеза дадут рекомендации пациенту посетить нужного специалиста в очном формате, при этом не поставив точного диагноза больному. Поэтому и смысла во внедрении телемедицинских технологий они не видят.

Третья проблема – необходимость регистрации электронной цифровой подписи, без которой нельзя оформить медицинские документы. Каждое обновление требует денежных вливаний, однако в бюджет государственных поликлиник эта статья расходов не входит. Руководство изыскивает средства в других направлениях, что может негативно повлиять на здравоохранение.

Существует и проблема кадров. Для успешной цифровизации здравоохранения и активного использования телемедицинских услуг важно преодолеть цифровую незрелость в организациях посредством повышения определенных компетенций у действующих врачей. Повышение квалификации позволит работать с новыми технологиями и более активно применять программное обеспечение, в том числе на основе искусственного интеллекта, в процессе консультирования пациентов.

Выводы. Несмотря на существующие проблемы, телемедицинские услуги прочно входят в жизнь россиян. Чтобы тенденция использования телемедицинских услуг сохранялась, необходимо решать существующие проблемы цифровизации здравоохранения по следующим направлениям:

1. Пробелы в законодательстве следует решить путем проработки государственных стандартов.
2. Недостаток компетентных специалистов должен быть закрыт путем повышения квалификации врачей.
3. Государство должно включать в бюджет сопутствующие расходы, которые возникают при обслуживании пациентов посредством телекоммуникаций.
4. Ограниченный перечень медицинских направлений, в которых оказываются услуги населению в удаленном формате, должен быть расширен.

Список литературы

1. Гукова Е. О., Косинова Н. Н. Тенденции развития коммерческой медицины в период коронавирусной инфекции // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2021. Т. 2, № 2. С. 38–45.

2. Global Markets for Telemedicine Technologies. 2022. URL: <https://www.bccresearch.com/market-research/healthcare/global-markets-for-telemedicine-technologies.html> (дата обращения 27.09.2022) <https://evercare.ru/news/obzor-telemedicinskikh-servisov> (дата обращения 11.10.2022)

3. Ter-Akopov G. N., Kosinova N. N., Knyazev S. A. DIGITAL TECHNOLOGIES IN HEALTHCARE: ACHIEVEMENTS AND PROSPECTS. В сборнике: Advances in the Economics, Business and Management Research. Proceedings of the 1st International Scientific Conference. 2019. С. 321–325.

4. Федеральный закон от 29.07.2017 г. № 242-ФЗ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/42200/page/1>.

5. Гусева К. А., Косинова Н. Н. Основные тенденции цифровизации в развитии сферы здравоохранения России // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2021. Т. 2, № 2. С. 46–51.

6. Ter-Akopov G., Kosinova N. HEALTH INDUSTRY MODERNIZATION: STRATEGIC PRIORITIES OF DEVELOPMENT OF THE PARTNERSHIP OF STATE AND BUSINESS (REGIONAL ASPEKT). В сборнике: International conference on efficient Production and Processing, ICEPP 2020; Prague; 27–28 February 2020. P. 1–5.

УДК 61

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Сулейманова Линда Сайпудиновна

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

Введение. Развитие системы здравоохранения является одним из важнейших аспектов любого государства. Создаются и реализуются государственные программы на несколько лет вперед, с учетом используемого бюджета на весь период реализации. В нашей стране таковым является Национальный проект «Здравоохранение», который является межведомственным, в реализации которого принимают участие 10 федеральных органов исполнительной власти, Российский экспортный центр и 85 регионов страны [2]. Основной акцент в федеральном проекте посвящен улучшению доступности, качества и комфортности медико-санитарной помощи, и анализирую достигнутые на сегодняшний день результаты, смею полагать, что данная тема является актуальной для дальнейшего обсуждения.

Цели и задачи. Изучение теоретической части Национального проекта «Здравоохранение» и анализ достигнутых результатов на 2021 год.

Материалы и методы. Методологической основой являлся паспорт Национального проекта и были использованы такие методы как анализ, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. Паспорт нацпроекта утвержден и разработан 24 декабря 2018 года Минздравом России во исполнение Указа Президента Российской Федерации, который включает в себя еще восемь федеральных проектов. Срок реализации нацпроекта: с января 2019 года по 2024 год включительно [4]. Проект направлен на улучшение кадровой ситуации в российском здравоохранении, целевой показатель – достичь 95 % укомплектования. Планируется снизить смертность от болезней системы кровообращения с 587 до 450, то есть более чем на 130 тыс. Это значит, что в 2024 г. более чем на 200 тыс. сократится число смертей

по сосудистым причинам. Должна сформироваться тотальная настороженность к онкологическим заболеваниям в первичном звене, для чего специальному обучению подлежат не только все участковые врачи, но и узкие специалисты. Далее идет речь о совершенствовании медицинской помощи детям, в том числе развитие детской инфраструктуры [4, 1]. Оно включает развитие профилактического движения и внедрение новых профилактических технологий [2]. Следующей стоит задача по развитию цифровой медицины. К 2022 г. в каждом из 85 регионов создана полноценная информационная система, соответствующая жёстким единым критериям и последнее, к чему будет уделено внимание – развитие экспорта медицинских услуг. Исходя из поставленных задач, были достигнуты следующие результаты. К концу 2021 года было закуплено 290 передвижных медицинских комплексов (ПМК) (95,4 % от плана). Приоритетными являлись мероприятия по снижению детской и младенческой смертности, уровень снизился с 5,1 до 4,6 %, также на конец этого года было завершено строительство и получены разрешения на ввод в эксплуатацию 3 детских больницы. К профессиональной врачебной деятельности были допущены 750 тыс. [3] специалистов через процедуру аккредитации, когда в 2019 году их количество насчитывалось только 190 тыс. Укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях возросло до 86 % по сравнению с 2019 годом, которое составляло 79,7 %. В 2021 году в субъектах Российской Федерации с учетом влияния COVID-19 актуализированы региональные программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 673,375 тысяч пациентов (94,3 % от плана), которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также перенесших тяжелые операции по поводу сердечно-сосудистых заболеваний [1]. К концу 2021 года с применением телемедицинских технологий было проведено 25 000 тыс. дистанционных консультаций/консилиумов, когда в 2019 году численность составляла 15 000 тыс. Несомненно, все эти изменения требуют больших затрат, и на основе этого 21 сентября 2021 года стало известно об увеличении финансирования национального проекта «Здравоохранение» на несколько миллиардов. Изменение объемов связано с пересмотром некоторых параметров финансирования входящих в нацпроект федеральных проектов. Например, для внедрения Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11; утверждена ВОЗ в 2019 году, вступит в силу в 2022-м году) [1, 3].

Выводы. Безусловно, сложность реализации этого проекта связана с тем, что основные полномочия по реализации оказания медицинской помощи отданы в нашей стране субъектам РФ. Задача Министерства Здравоохранения – так построить управление этим нацпроектом, чтобы не было искажений при его реализации в регионах. Минздрав будет не просто контролировать, но и очень активно содействовать регионам, для того чтобы можно было добиться поставленных целей. Если это всё будет осуществлено так, как запланировано, российская система здравоохранения перейдет на другой уровень качества.

Список литературы

1. Итоги реализации Национального проекта «Здравоохранение» 2021 года [Электронный ресурс]. URL: https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/060/073/original/%D0%91%D1%83%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82_%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B8_2021_%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B0.pdf?1655456575 (дата обращения: 17.20.2022).
2. Национальный проект «здравоохранение» [Электронный ресурс]. URL: <http://zdrav.spb.ru/ru/programms/zdorovie/> (дата обращения: 18.20.2022).
3. Национальный проект «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. URL: <http://static.government.ru/media/files/TVIdAva2IHGtqxvRQAQlzABZ2dAna23R.pdf> (дата обращения: 22.20.2022).
4. Опубликован паспорт национального проекта «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 21.20.2022).

УДК 004

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ**Хаджилаева Фатима Далхатовна**

Россия, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Введение. Применяя в процессе обучения компьютерные технологии, сетевое обеспечение, глобальную сеть интернета, программные средства, а следовательно, и программное обеспечение [2], студент медицинского вуза вступает с персональным компьютером в тесную связь, по характеру напоминающую взаимоотношение преподавателя с обучающимся в высшем учебном заведении медицинского вуза, тем самым повышая эффективность преподавания предмета математики в медицинском вузе и развивая более углубленную заинтересованность, симпатию и любовь студентов к предмету «Математика в медицине» [1, 3].

Цель исследования. Изучить влияние использования информационных технологий на процесс обучения.

Материалы и методы. Анализ преподавательской деятельности в учебном процессе посредством применения информационных технологий.

Результаты и обсуждение. На данный момент, в нашем образованном, интеллектуальном обществе, наблюдается тенденция роста информатизации и применение информационных технологий в процессах образования, преподавания, осмысления, а именно, при изучении такого сложного, но очень интересного предмета, как «Математика в медицине». В процессе обучения и изучения предметов «Медицинская информатика» и «Математика в медицине» студент находит цепочку, связующую эти предметы воедино, тем самым применяя компьютер, как базисный, рабочий, учебный инструмент исследования, при изучении, обучении и решении математических задач, и написании научно-исследовательской деятельности в сфере медицинской математики. Характерной особенностью при изучении предмета «Математика в медицине», используя программное обеспечение, является то, что студент имеет большую возможность многофункционального использования дидактических приложений новейших информационных технологий, которые варьируют намного шире, нежели при изучении предметов других областей медицины, к примеру, таких, как микробиология, гистология, патологическая анатомия, инфекционные болезни, поликлиническая терапия. Основной причиной этого является то, что основу математического ядра составляют информационные технологии, которые тщательно и явно выражаются для студентов медицинского вуза в процессе обучения и изучения предмета «Математика в медицине», а также при изучении физики, медицинской информатике посредством использования компьютерной технологии. Взаимосвязанное и взаимозависимое изучение «Математики в медицине» и «Медицинской информатики» вырабатывает у студентов предначертанную систему получения систематизированных знаний, практических и теоретических навыков, опыта и умений; влияет на достижение высокого уровня развития математического и клинического медицинского мышлений, а также способности к самообучению, самосовершенствованию, реализации поставленной мечты, – стать хорошим врачом-специалистом. Важно выделить особую значимость, приносящую эффективность в заинтересованности студентов, в изучении предмета «Математика в медицине», путем использования компьютера и компьютерного обеспечения при преподавании данного предмета ассистентам кафедры в институте.

Выводы. Критерий полезности заключается в следующем: использование информационных технологий в преподавании математики студентам медицинского Вуза целесообразны, если они способствуют повысить заинтересованность к предмету «Математика в медицине» обучающихся высшего медицинского заведения и тем самым получить высокие результаты успеваемости студентов по данной дисциплине, какие невозможно было бы достичь, не используя информационных технологий.

Список литературы

1. Вяткина И. С. Информационные технологии в преподавании математики // Актуальные проблемы обучения информатике в высшей и средней школе: материалы Всеросс. науч.-практической конф. Новосибирск: ООО «Немо-Пресс», 2011. – С. 48.
2. Гершунский Б. С. Философия образования. – М., 1998. – С. 65.
3. Гапоненко Ю. В., Зудина Е. В., Кайль Я. Я. Проектная деятельность магистрантов как методический прием в процессе обучения // Глобальный научный потенциал. – 2018. – № 12 (93). – С. 17–20.
4. Гапоненко Юлия Владимировна. Инновационные подходы к дистанционному изучению экономических дисциплин // NBI-technologies. 2014. № 1.
5. Зеер Э. Ф. Психолого-дидактические конструкты качества профессионального образования // Образование и наука. – 2002. – № 2. – С. 37.

УДК 618

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ

Хаджилаева Фатима Далхатовна

Россия, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Введение. С помощью информационных технологий и передовых оперативных коммуникаций преподаватели и студенты с любых уголков Земного шара, которые могут находиться на расстоянии нескольких сотен километров друг от друга, [3] могут выполнять целостную научно-исследовательскую статью, научно-образовательную работу, научный проект, готовить доклады для выступлений в предстоящих конференциях и форумах, писать статьи порознь, сравнивая между собой полученные результаты и делая соответствующие выводы, помогать друг другу [1]. Использование передовых информационных технологий и самых современных коммуникаций непосредственно влияет на перестройку содержания всемирного образования, а именно, на информационную культуру [2]. Информационная культура – это часть культуры, которая входит в общую культуру и понимается как высшее проявление культуры [3].

Цель исследования. Определить роль информационных технологий в изучении предмета «Математика в медицине», как фактор развития интереса к предмету и формирование у студентов углубленных знаний по информационным технологиям в медицине, способности верного выбора вычислительного инструментария для решения практических задач.

Материалы и методы. Применение информационных технологий, как эффективного инструмента обучения в процессе изучения предмета «Математика в медицине» в медицинском вузе, при изучении темы «Математические функции в медицине».

Результаты и обсуждение. Современные информационные технологии и коммуникационные технологии вовсе не были созданы в помощь кандидатам наук, доцентам, ассистентам кафедры «Математика в медицине» для того чтобы повысить успеваемость студентов медицинского вуза по дисциплине «Математика в медицине» для повышения интереса к этому предмету. Но получается так, что именно информационные технологии и передовые коммуникации привели к возрастанию интереса студентов-медиков к предмету «Математика в медицине», любви к нему, в столь нелегких специальностях «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медицинская кибернетика», «Стоматология», и в целом, привести к революции образования. Помимо использования передовых информационных технологий и коммуникационных технологий в системе образования в медицинских вузах и педагогических вузах, новейшие технологии всемирной глобальной сети «Интернет» используются в рыночной торговле, в средствах массовой информации, в банковской системе и во многих других необъятных отраслях производства.

Ежедневное, регулярное использование сетевых технологий считается необходимым и неотъемлемым атрибутом нашего сосуществования, и без них, в эпоху создания электронных оборудований, техники и приспособлений довольно трудно обойтись. Педагогам, входящих состав кафедры «Математика» в медицинском вузе, следует обогащаться информационными технологиями и тем самым привлекать интерес студентов к такому столь нелегкому предмету, как «Математика в медицине», тем самым улучшать качество образования и его доступность. Современное преподавание высшей математики в медицинском вузе требует внедрения новых подходов в систему обучения, в частности новейших информационных технологий, которые прививают любовь к предмету, поднимают заинтересованность студентов, тем самым развивая практические, теоретические и профессиональные навыки обучающихся высшего медицинского учебного заведения.

Вопреки опыту многовековой давности, основная проблематика педагогики и образования – подготовка высококвалифицированных кадров. Необходим качественный и трепетный подход, направленный на процветание педагогического профессионализма и возрастание заинтересованности студентов медицинского института к дисциплине «Математика в медицине». Поэтому, весьма актуально преподавателям высшей математики в медицинских вузах помимо знаний своего предмета на высоком уровне, умения доступно объяснять студентам сложный материал, необходимо также хорошо разбираться и в информационной культуре. Преподавателям математики следует улучшать свой профессиональный уровень в сфере современных информационных и новейших коммуникационных технологий.

Сотрудники кафедры «Математика в медицине» избирают подходы к изучению разделов тем цикла «Математика в медицине», основываясь на индивидуальных возможностях восприятия лекционного материала студентом медицинского вуза и его заинтересованности. Для медицинского вуза важно и значимо то, что традиционные формы преподавания практических занятий благодаря применению информационно-коммуникационных технологий экономят драгоценное время, и оно может быть использовано для личного взаимного общения сотрудников кафедры «Математика в медицине» и студентов медицинского вуза, которое для них так необходимо. За последнее десятилетие остается актуальным и до конца не изученным вопрос значимости и роли использования передовых информационно-коммуникационных технологий в преподавании математики студентам медицинского Вуза, как фактор развития интереса к предмету.

Для внедрения программы модернизации образования в медицинском вузе, на кафедру «Математика в медицине», необходимо материальное обеспечение базы медицинского вуза современным техническим оборудованием и соответствующая высококвалифицированная подготовка преподавателей дисциплины «Математика в медицине», которые смогут доступно объяснить лекционный материал, гармонично используя новейшие электронные технологии на практических занятиях данного цикла. Может показаться то, что использование информационно-коммуникационных технологий на практических занятиях высшей математики в медицинском вузе не повлечет за собой облегчения в изучении и понимании этой сложной дисциплины: медицинские институты и академии, оснащенные персональными компьютерами, имеют преподавателей математики и прикладной информатики, проводятся практические занятия (пары) высшей математики и информатики.

Однако все далеко не так просто, качество и доступность преподавания «Математики в медицине» в медицинском вузе имеют противоречия. Основная цель всех преподавателей кафедры «Математика в медицине» – это обеспечение качества и доступности образования этому в большей мере может поспособствовать использование информационно-коммуникационных технологий. Наряду с этим преподаватели данной кафедры должны организовать широкий доступ к персональным компьютерам и другому современному техническому оборудованию. Нередко доступное качественное образование заменяется только одной из этих задач.

Выводы. Использование в образовательном процессе современных технологий помогает упорядочить, облегчить и сделать более доступным изучаемый материал по дисциплине «Математика в медицине».

Список литературы

1. Автоматизированные обучающие системы / Г. М. Цибульский, А. М. Кутьин, Е. И. Герасимова, В. А. Ерошин // Вестн. Краснояр. гос. тех. ун-та (Сер. «Математические методы и моделирование»). – 2004. – № 33. – С. 267.
2. Гапоненко Юлия Владимировна Инновационные подходы к дистанционному изучению экономических дисциплин // NBI-technologies. 2014. №1.
3. Гапоненко Ю. В., Зудина Е. В., Кайль Я. Я. Проектная деятельность магистрантов как методический прием в процессе обучения // Глобальный научный потенциал. – 2018. – № 12 (93). – С. 17–20.
4. Устинов В. А., Углев В. А. Структура электронного учебного // Информатика и образование. – 2007. – № 8. – С. 123.
4. Тягунова Т. Н. Философия компьютерного тестирования. – М.: МГУП, 2003. – 246 с.

УДК 618

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ И СРЕДСТВ В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «МАТЕМАТИКА В МЕДИЦИНЕ» КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ К ДИСЦИПЛИНЕ

Хаджилаева Фатима Далхатовна

Россия, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Введение. Информационные технологии – это неотъемлемый атрибут преподавателей математики, в процессе преподавания дисциплины: «Математика в медицине», как фактор повышения заинтересованности студентов к этой дисциплине.

Цель. Определить приоритетное направление применения информационных ресурсов и средств, применяемых преподавателями предмета «Математика в медицине» в медицинском вузе.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ за учебным процессом преподавания дисциплины: «Математика в медицине».

Результаты и обсуждение. Наиболее удобная для преподавателя информационная технология, которая помогает облегчить объяснение нового материала и заинтересовать студентов, является качественная презентация. Презентации разрабатываются преподавательским составом вуза и накапливаются на кафедре «Математика в медицине» и на сайте самого высшего медицинского учебного заведения, а также на разных образовательных сайтах. Как правило, презентации служат «планом» лекционных и практических занятий, то есть они могут использоваться на всех занятиях предмета «Математика в медицине». В глобальной сети Интернет, в социальных сетях можно найти множество примеров из собственного многолетнего опыта преподавателей высшей математики в медицинском вузе, а также сами тематические планирования занятий с применением презентаций. При этом наблюдается закономерность: каждый преподаватель высшей математики в медицинском вузе влечется создать свою «авторскую» копилку хороших презентаций, стремится поделиться ими с уважаемыми коллегами и тем самым повысить свою профессиональную компетенцию, значимость, используя личные сайты.

Использование MS Excel на практических занятиях предмета «Математика в медицине» в медицинском вузе благоприятно влияет на успеваемость студентов и их заинтересованность в этой дисциплине. Студенты с увлечением строят электронные графики и аналитическим способом исследуют их, решают сложные системы уравнений, неустанно работают с построением электронных диаграмм и таблиц. MS Excel также применяют в качестве контроля знаний

пройденного материала в форме тестирования с помощью созданных заранее табличных документов. В методических рекомендациях по применению информационно-коммуникационных технологий на лекционных и практических занятиях в медицинском вузе, выпущенных Институтом информатизации образования РАО, предоставлены конкретные примеры использования MS Excel по разделам тем: «Таблицы и диаграммы», «Чтение и составление таблиц», «Столбчатые и круговые диаграммы». Довольно современным направлением использования информационных технологий и коммуникационных технологий на парах предмета «Математика в медицине» является применение on-line документов и сервисов: тестов, социальных сервисов Web 2.0, например приложение Wikimaria, а также различных ресурсов, расположенных на сервисе YouTube. Преподаватели высшей математики могут дискутировать с коллегами кафедры и студентами медицинского вуза, обмениваться важной информацией, создавать документы, методические разработки, учебные пособия, хранимые в сети, и над которыми будет происходить совместная коллективная работа, на базе сервиса медицинского вуза.

Глубокий анализ информационных ресурсов глобальной сети Интернет, используемых преподавателями высшей математики медицинского вуза на лекционных и практических занятиях, целенаправлен на плодотворную проектную работу студентов высшего медицинского заведения по созданию коллективного гипертекста. Специализированные системы для автоматизации математических расчетов (MathCAD, MatLAB, Maple, Mathematica и прочее) преимущественно применяются в медицинских вузах для обучения выполнения сложных математических задач и систем уравнений. Специализированные системы для автоматизации математических расчетов (MathCAD, MatLAB, Maple, Mathematica) также могут быть использованы при написании научных работ и научных статей студентами медицинского вуза на кафедре «Математика в медицине».

Для того чтобы использовать эти современные информационные технологии в образовательном процессе на занятиях «Математика в медицине» для этого нужны средства компьютерной поддержки. На данный момент большинство медицинских вузов обладает хорошим обеспечением вычислительной техники. В лекционных залах и почти в каждой учебной аудитории по практическим занятиям по предмету «Математика в медицине» имеются персональные компьютеры, принтер, проектор, ксерокс и интерактивная доска. Все выше перечисленное, безусловно, дает возможность использовать информационно-коммуникационные технологии в процессе обучения студентов на предмете «Математика в медицине» и показывает то необходимое техническое оснащение, на которое рекомендовано ориентировать будущих преподавателей высшей математики и прикладной информатики при подготовке в высшем учебном заведении.

Выводы. Допустимы разные варианты использования персонального компьютера на лекционном и практическом занятиях «Математика в медицине». К примеру, в демонстрационном режиме персональный компьютер, который подключен к проектору, применяется доцентами и ассистентами кафедры «Математика в медицине» во время объяснения нового лекционного материала. Лектор перелистывает клавишей клавиатуры или мышью, подготовленную на многолетних его трудах, презентацию, состоящую из красочных слайдов и компактно скомпонованной на ней базовой информации, и комментирует текст лекции доступным для студентов медицинского вуза научным языком. Таким образом, обманывая взор студентов яркими, красочными слайдами и грамотно объясняя материал, он невольно заставляет их смотреть на интерактивную доску, на которой отображен сложный лекционный материал. И тем самым вселяет в их разум то, что высшая математика – довольно интересный и нужный предмет в медицинском институте.

Список литературы

1. Гапоненко Юлия Владимировна Инновационные подходы к дистанционному изучению экономических дисциплин // NBI-technologies. 2014. № 1.
2. Зеер Э. Ф. Психолого-дидактические конструкты качества профессионального образования // Образование и наука. – 2002. – № 2. – С. 37.

3. Автоматизированные обучающие системы / Г. М. Цибульский, А. М. Кутьин, Е. И. Герасимова, В. А. Ерошин // Вестн. Краснояр. гос. тех. ун-та (Сер. «Математические методы и моделирование»). – 2004. – № 33. – С. 267.

УДК 614.2 : 349.3

К ВОПРОСУ О ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ В МЕДИЦИНЕ

Лебедева Инна Сергеевна

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Эртель Людмила Александровна

ФГБОУ ВО КубГУ, Краснодар

Введение. Во всем мире типичными проблемами в организации здравоохранения являются доступность медицинской помощи и растущий спрос на медицинские услуги. Применение цифровых технологий помогает в решении этих вопросов. В свою очередь их развитие обуславливает рост цифрового рынка.

Принятие в 2017 г. ФЗ № 242 и приказа Минздрава № 965н юридически обосновали возможности телемедицинских технологий в нашей стране. Все больше стало проводиться телеконсультаций, в том числе с возможностью дистанционной корректировки назначенного лечения и мониторинга пациентов.

В период пандемии COVID-19 процесс трансформации общества и внедрения современных технологий проходил гораздо быстрее, и особенно это было заметно в отрасли здравоохранения, поскольку обострились вопросы доступности медицинской помощи.

Целью нашего исследования явилось изучение применения цифровых технологий в здравоохранении, выявление проблем и поиск путей их решения.

Материалы и методы. Законодательные и нормативно-правовые акты, материалы Федерального регистра.

Результаты и обсуждение. В период борьбы с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в нашей стране были введены ограничительные меры, связанные с недопущением ее распространения: ограничения на въезд в страну, ограничения на перемещения внутри страны, карантин для прибывших, дистанционное обучение, перевод сотрудников на удаленную работу, ограничения на проведение культурно-массовых мероприятий. Диджитализация (digitalization) разных сфер общественной жизни помогла снизить негативное влияние кризиса, связанного с коронавирусом [2].

Многие цифровые инструменты, ранее разработанные и опробованные в других отраслях, сегодня находят свое применение в отечественном здравоохранении. Информационные системы (ИС) используются как на уровне Федерации (единая государственная информационная система в сфере здравоохранения – ЕГИСЗ), так и субъектами РФ, фондами ОМС, непосредственно в самих медицинских и фармацевтических организациях. Приоритет этого направления отражен в Указе Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

Пандемия COVID-19 выявила необходимость строго контроля обновления данных по всем имеющимся ресурсам здравоохранения для их дальнейшего планирования и эффективного использования, и в первую очередь – данных о численности медицинского персонала (все медицинские организации регулярно вносят данные о медперсонале в ЕГИСЗ), а также о числе заболевших и эффективности применяемого лечения (ведение регистров пациентов) [1, 2].

С февраля 2022 г. действует Постановление Правительства РФ №140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения». ЕГИСЗ создана

для информационного обеспечения и принятия управленческих решений, управления ресурсами, развития здравоохранения, организации статистического наблюдения и формирования сводной аналитической информации.

Структура ЕГИЗС включает 16 компонентов, в том числе: регистр медицинских работников, реестр медицинских организаций, электронная регистратура, интегрированная электронная медицинская карта, реестр электронных медицинских документов, а также подсистемы ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, ведения реестров лекарственных препаратов и информационно-аналитическая подсистема мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов.

В условиях быстрого распространения и заражения COVID-19 слаженная работа и взаимодействие всех элементов ЕГИЗС играют решающую роль: точные данные о числе заболевших и анализ эффективности назначенного лечения позволяют быстро реагировать на изменение условий пандемии, а развитие технологий телемедицины (проведение консультаций и консилиумов) в комплексе с электронной медицинской картой и предоставлением гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме посредством использования единого портала Госуслуг по перечню, утвержденному распоряжением Правительства РФ от 15 ноября 2017 г. № 2521, дает пациентам больше возможностей для получения медицинской помощи. В период пандемии на портале Госуслуг появилась возможность записи на прием к врачу, получить QR-код и сертификат о вакцинации от коронавируса.

Федеральная интегрированная электронная медицинская карта представляет собой подсистему, предназначенную для сбора, систематизации и обработки структурированных обезличенных сведений, а также медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина, предоставленных или размещенных, посредством информационного обмена с ИС субъектов РФ, ФМБА, медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

В большинстве случаев информацию о своем здоровье жители регионов могут получить на портале Госуслуг или региональных порталах услуг в разделе «Электронные медицинские документы», а также на странице – «Сведения об оказанной медицинской помощи». В период пандемии на портале Госуслуг в отдельном разделе «Сведения об иммунизации COVID-19» появились новые сервисы: сертификаты о вакцинации против COVID-19, подтверждение заболевания, результаты ПЦР-тестов.

Выводы. Приведенные примеры отражают лишь небольшую часть произошедших перемен и нововведений в системе здравоохранения в период пандемии. Положительный опыт других отраслей, требует детального анализа и выявления всех имеющихся рисков с целью их минимизации при внедрении в здравоохранение. Пока прошло еще мало времени, и не все пациенты разобрались в появившихся возможностях и нюансах новых технологий. Так, согласно законодательным нормам, удаленный первичный прием запрещен. Только после проведенного первичного осмотра очно и уточнения диагноза, возможна дистанционная консультация пациента по плану лечения, а также корректировка назначенного лечения и выписка электронных рецептов на лекарственные препараты. Подобные нюансы вызывают непонимание и недовольство у пациентов. Как следствие необходимо повышение уровня цифровых навыков и компетенций не только самих медицинских работников, но и пациентов. Все еще сохраняются угрозы безопасности цифровых пользовательских данных, киберпреступлений и как результат низкий уровень доверия к цифровой среде. Однако, чем больше будет опыта их применения цифровых технологий, тем быстрее будет совершенствоваться нормативно-правовая база и тем быстрее мы научимся справляться с трудностями при их использовании.

Список литературы

1. Железнякова И. А., Пирова Г. И., Прохорович Е. А. Регистры пациентов и реестры счетов по ОМС: вопросы интеграции и взаимозаменяемости // Фармакоэкономика. Современная

фармакоэкономика и фармакоэпидемиология: Журнал. – 2018, № 11 (4) – С. 67–72. – DOI: 10.17749/2070-4909.2018.11.4.067-072.

2. Редько А. Н. Диджитал-технологии в медицине как способ решения проблемы доступности медицинской помощи в условиях кадрового дефицита / А. Н. Редько, И. С. Лебедева, С. В. Губарев // Вестник Академии знаний: Журнал. – 2022, № 51 (4). – С. 238–246.

УДК 316.77

ЦИФРОВЫЕ РИСКИ: ГЛАВНАЯ УГРОЗА ДЛЯ МОЛОДЕЖИ XXI ВЕКА

Троицкая Екатерина Юрьевна, Сасин Александр Николаевич, Зейналлы Рафаэль Риза оглы
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В современных реалиях возникает потребность в поиске инноваций. Информационная угроза возникает в результате распространения информации, которая может причинить вред отдельному человеку и обществу в целом. Молодежь является наиболее уязвимой и восприимчивой к информации частью социума. Конечно, процессы, происходящие в молодежной среде, напрямую зависят от базовой культуры, и информационной гигиены в частности [1].

Цели и задачи. Провести социологический анализ информационных рисков в молодежной среде.

Материалы и методы. Был проведен обзор современных исследований и фундаментальных работ по проблеме информационной гигиены в молодежной среде. Эмпирическую базу составили данные социологического исследования, проведенного на модели студентов вузов г. Волгограда (N=428, средний возраст $20,3 \pm 1,2$ лет; девушки и юноши взяты в паритетном соотношении) с использованием сервиса Google forms.

Результаты и обсуждение. Анализ литературных источников демонстрирует высокую значимость и влияние молодежной среды на формирование нравственных, культурных, идейных ценностей современного социума. При этом молодежь, как социальная группа, не только отвечает на вызовы и требования времени, но и самостоятельно конструирует реальность.

Согласно данным проведенного исследования основным источником информации для студентов вузов является интернет, его отметили 52,5 % респондентов. На втором месте – книги, отметили 28,3 %, на третьем – телевидение (12,5 %).

При этом наибольший интерес для респондентов представляет поиск информации, связанной с развлечениями (26 % ответов).

Исследование показало, что исследуемая группа имеет представление о потенциальных рисках информационного пространства. Меньшее значение студенты уделяют информации из документальных фильмов, связанной с музыкой и новостями вуза (1 %).

Согласно современным исследованиям, существует ряд способов персональной защиты от информационных рисков. Среди них наиболее значимыми, на наш взгляд, являются:

1. Системный подход, предусматривающий техники потребления и переработки информационного контента

2. Программный подход, при котором происходит своеобразная настройка информационной среды с целью получения больше релевантной информации и меньше «мусора». В частности, этот метод включает такие техники, как:

- настройка информационной ленты;
- блокировка рекламы;
- контроль информационных аккаунтов (почта, профили в социальных сетях);
- регулировка настройки конфиденциальности;
- использование удобных приложений для отложенного чтения и создание закладок;

- проверка информации на достоверность (информация об авторе, Интернет-ресурсе, фотографии на предмет коррекции).

3. Точечный подход, который характеризует целенаправленный анализ информации с целью подтверждения или опровержения своих и (или) чужие убеждений.

Выводы. Развитие информационного общества предполагает становление информационной гигиены в качестве профилактики отрицательного влияния большого количества информации на здоровье человека. В настоящее время идет формирование законодательства в информационной сфере и оформление информационного права в качестве самостоятельной отрасли. Наше исследование показало, что необходима интеграция знаний в области информационной гигиены в образовательную среду вуза и ее социально-педагогическое сопровождение.

Список литературы

1. Ильинский И. М. Молодежь в контексте глобальных процессов развития мирового общества // Молодежь и общество на рубеже веков. М.: Голос, 1999.

УДК 65.014:614.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Шевченко Янина Андреевна, Москвичева Ксения Валерьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Хало Любовь Анатольевна

Введение. В статье рассмотрено определение и виды организационной структуры, выделены преимущества и недостатки, а также предложены рекомендации для совершенствования организационной структуры в медицинских учреждениях.

Цели и задачи. Изучение организационных структур в ЛПУ и разработка рекомендаций по их совершенствованию.

Материалы и методы. Проведенные исследования базируются на системном и ситуационном анализе, методах сравнения и сопоставления информации.

Результаты и обсуждение. Основой эффективной управленческой деятельности любого предприятия является грамотно выстроенная организационная структура управления. Организационная структура – это документ, который схематически отражает распределение задач и обязанностей, а также то, как они связаны между собой и сгруппированы в функциональные единицы ради достижения стратегических целей предприятия.

Существуют различные типы организационных структур:

- линейная;
- функциональная;
- линейно-функциональная;
- дивизиональная;
- матричная.

Чаще всего в организационной структуре медицинской организации используется линейно-функциональная схема. Она лучше всего подходит для крупных специализированных, многопрофильных или комплексных медицинских учреждений. Оно характеризуется управлением согласно принципу единоначалия.

Преимуществами такой организационной структуры являются:

- эффективное использование ресурсов;
- углубление специализации и развитие;
- карьерный рост внутри функциональных отделов;

- руководство и контроль со стороны высшего менеджмента;
- высокая степень координации взаимодействий внутри функции;
- высокий уровень технического решения проблем.

К недостаткам относятся: слабые взаимосвязи между функциональными отделами; замедленная реакция на внешние изменения; проблемы в инновационной деятельности; решения принимаются на верхних уровнях иерархии, что обуславливает замедление процесса; проблемы с распределением ответственности за устранение проблем; ограниченное восприятие организационных задач работниками; проблемы в управлении общим обучением работников.

Для эффективности управленческих решений структура лечебного учреждения включает отделы, бюро, группы и прочие функциональные подразделения. В каждом подразделении нужны специалисты, выступающие как помощники руководителя по отдельным функциям. Они готовят решение, которое применяет руководитель. Такая структура управления исключает права функциональных органов давать распоряжения другим подразделениям аппарата.

При появлении признаков неэффективности нужно провести рационализацию действующей структуры. К этому процессу относятся:

- соответствие звеньев управления функциям управления;
- минимизация уровней управления;
- сосредоточение на каждом уровне и в каждом звене управления.

Таким образом, в целях сохранения или повышения эффективности работы ЛПУ можно рассмотреть вариант изменения организационной структуры учреждения. Например, в некоторых случаях может потребоваться расширение полномочий консультационно-диагностического отдела. В других случаях переназначение различных отделов руководителю учреждения. Это, например, позволит сосредоточить функции диагностики в одном звене управления, создаст предпосылки для организации единого центра ответственности за качество диагностического процесса, другие и подразделения здравоохранения будут заинтересованы в тесном сотрудничестве между отделами, рост горизонтальных связей и независимость подразделений в процессе принятия решений.

Можно выделить ещё один инструмент повышения эффективности взаимодействия – это использование средств цифровых технологий, для того чтобы руководители видели труд своего подчиненного, и врачи находились в команде своих специалистов, работающих по горизонтали, либо в рамках интереса одного пациента, либо в интересах одной технологии, соблюдали единые стандарты и общепринятые правила работы в клинике. Когда структура и органы управления медицинской организации работают так, в выигрыше остаются все участники лечебного процесса.

Можно выделить еще один инструмент повышения эффективности взаимодействия – это использование цифровых технологий, чтобы руководители видели работу своего подчиненного, а врачи в коллективе своих специалистов работали горизонтально, в интересах пациента или в интересах технологии, соблюдали единые стандарты и общепринятые правила работы в клинике.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что правильно спроектированная организационная структура играет важную роль в повышении эффективности работы медицинского учреждения. Но главным аспектом является то, что эта структура должна быть гибкой и подстраиваемой под текущее положение организации. Когда структура и органы управления медицинской организацией функционируют по такому принципу, все участники процесса работы ЛПУ остаются в выигрыше.

Список литературы

1. Организационная структура предприятия: описание, типы и методологии. – Текст: электронный. – <https://www.antonpiskun.pro/organizaczionnaya-struktura-predpriyatiya-opisanie-tipy-i-metodologii/> (дата обращения – 24.10.2022).

2. Структура медицинской организации: принципы эффективности. – Текст: электронный. – <https://www.dirklinik.ru/article/470-struktura-meditsinskoy-organizatsii-printsipy-effektivnosti> (дата обращения – 24.10.2022).

УДК 330.3

СКВОЗНЫЕ ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Юнис Абдельрахман Мохаммад Абдулкарим (Иордания)

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент, к. э. н. Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Развитие современной экономики определяется двумя выраженными и активными векторами. Во-первых, это становление «экономики знаний», предопределившую восприимчивость к новым технологиям и информации, их высокую ценность, склонность социальной и предпринимательской среды к инновациям и их повсеместную поддержку. Во-вторых – это тотальная цифровизация и появление особых форм инноваций – сквозных цифровых технологий, которые одновременно охватывают несколько отраслей [1].

Цели и задачи. Цель работы состоит в изучении опыта использования сквозных цифровых технологий в здравоохранении.

Материалы и методы. В качестве источников анализа были взяты дорожные карты развития сквозных цифровых технологий в рамках национальной программы «Цифровая экономика» [2].

Результаты и обсуждение. Выделяют следующие сквозные технологии: большие данные; облака; нейротехнологии и искусственный интеллект; распределенные реестры; квантовые технологии; новые производственные технологии; промышленный интернет; робототехника и сенсорика; беспроводная связь; виртуальная и дополненная реальность. Можно сказать, что эти технологии отражают возможные операции с данными: помогают их собирать (интернет вещей, Big Data), передавать и хранить (5G, блокчейн, облака), наконец, их анализировать и принимать решения (искусственный интеллект, нейротехнологии).

В здравоохранении применение цифровых технологий представляется очень перспективным. Так, с помощью сети Интернета вещей данные о лекарствах и клинических испытаниях могут быть собраны в любом месте и в любое время, а требуемую информацию о поставках можно легко отслеживать. Полученную подобным образом информацию возможно использовать для анализа вариаций различных заболеваний в будущем прежде, чем они вызовут серьезные проблемы. На основе технологии больших данных создана электронная медицинская карта, которая хранит сведения о пациенте и представляет собой промежуточное средство между пациентом и больницей.

В ближайшем будущем особой актуальностью будут пользоваться персональные гаджеты с датчиками, которые используют в диагностических целях. С их помощью можно будет отслеживать уровень глюкозы, сердечного ритма и даже настроения. Врачи получают сведения о состоянии здоровья в режиме реального времени, что позволяет точнее установить диагноз и расписать протокол лечения индивидуально для каждого пациента [3].

Квантовые вычисления в медицине можно использовать там, где не хватает скорости и мощности традиционных компьютеров, например, для создания новых лекарств от неизлечимых болезней. Самой известной технологией распределенного реестра является блокчейн, что позволит в ближайшее время получить новый продукт в отрасли – цифровой ID пациента для безопасной работы с его медицинскими данными, который будет отслеживать изменения здоровья человека на протяжении его жизни вне зависимости от клиники, где он наблюдается в конкретный момент времени. Эти данные будут абсолютно защищены как от кражи, так и от попыток их изменить.

На основе искусственного интеллекта найдены решения для отслеживания роста заболеваемости и оценки траектории изменения уровня серьезности распространения пандемии Covid-19. Новые программные решения, создаваемые на базе применения нейросетей, обученные на результатах работы лучших врачей отрасли, помогают существенно упростить и ускорить процессы высокоточного диагностирования.

Вопросы медицинского снабжения, мониторинга районов, наблюдения, реабилитации пациентов после травм и т. д. могут быть решены на основе применения робототехники и беспилотных летательных аппаратов.

Выводы. Внедрение сквозных цифровых технологий при одновременном развитии «экономики знаний» способствует достижению синергетического эффекта в виде максимального ускорения темпа развития инновационной экономики и соответственно роста ее конкурентоспособности.

Список литературы

1. Ситникова С. Е. Цифровая форма коммерциализации инноваций в вузах и пути повышения ее эффективности: международный опыт и перспективы для России // Инновационное развитие экономики. – 2020. – № 6. – С. 61–70.

2. Национальная программа «Цифровая экономика Российской Федерации», утвержденная протоколом заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 4 июня 2019 г. № 7.

3. Цифровизация медицины 2022: тренды и практическое применение – Текст : электронный – URL: <https://www.1cbit.ru/blog/> (дата обращения: 21.10.2022).

СЕКЦИЯ 2

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 338.012

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Абакунов Артем Вадимович

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

Введение. В настоящее время в связи с новой экономической моделью здравоохранения и реализацией национального проекта «Здоровье», основной задачей руководителей организаций здравоохранения является повышение качества услуг, предоставляемых пациентам, при сохраняющемся ограничении ресурсов и постоянно растущем спросе на услуги.

Цели и задачи. Теоретическое обоснование и выявление методов повышения эффективности управленческих решений в медицинских организациях

В результате были поставлены и решены следующие задачи:

1. Изучить необходимость изменений в медицинских организациях.
2. Раскрыть особенности управления изменениями в медицинской деятельности.
3. Рассмотреть технологии совершенствования процессов управления.

Материалы и методы. В процессе написания статьи были использованы учебники, учебные пособия, а также такие методы, как анализ, сравнение и синтез.

Результаты и обсуждение. На данный момент деятельность руководства учреждений здравоохранения должна быть направлена на стимулирование изменений и поощрение инноваций. Необходимость изменений в медицинских организациях вытекает из рамочных условий трансформации финансирования здравоохранения, перехода от многоканального финансирования к одноканальному и изменения организационно-правовой структур. Использование концепций управления изменениями, создание механизма управления улучшениями в системе здравоохранения для повышения медицинской, социальной и экономической эффективности отрасли, является важным этапом создания новой рабочей модели [1].

Эффективность управления изменениями в медицинской деятельности напрямую влияет на своевременность выявления рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и возможность их предотвращения или минимизации, что в условиях распространения массовых заболеваний становится особенно важным, так как одна из целей такого медицинского учреждения – получение прибыли.

Управление изменениями – это собирательный термин методов подготовки, поддержки и помощи отдельным лицам, командам и организациям в осуществлении организационных изменений. Методы управления изменениями основаны на перенаправлении использования ресурсов, организационных процессов, принципов финансирования и других факторов, модернизирующих медицинскую организацию [3].

Организационное изменение (ОИ) – комплексное понятие, означающее переход организации или отдельных ее составляющих в новое состояние в соответствии с изменяющимися требованиями внешней или внутренней среды и темпами этих изменений для достижения организацией поставленных целей развития, направленных на повышение эффективности деятельности.

Развитие инновационного менеджмента и его современных концепций направлено на объяснение характера изменений и изучение факторов, инициирующих развитие, а также разработку методов внесения прогрессивных изменений в деятельность организации.

В медицинской отрасли существует ряд технологий совершенствования процессов управления:

1) Внедрение информационной системы в поликлинике дает администрации инструмент управления качеством медицинской помощи, использование которого повышает качество лечения и диагностического процесса, снижает вероятность врачебных ошибок, снижает нагрузку на медицинский персонал, сокращает время обследования и лечения больных, обеспечивает быстрый доступ к медицинской информации и статистическим данным медицинской организации для принятия управленческих решений. Например, внедрение модуля электронной записи, позволяет повысить эффективность работы регистратуры, упорядочить потоки пациентов и оптимизировать график работы врачей [2].

2) Также существует такая технология, как система поддержки принятия решений (СППР). Она способствует рациональной организации труда медицинского персонала и улучшает медицинское обслуживание, создавая возможность накапливать данные о деятельности учреждения. СППР позволяет использовать полученные данные в целях помощи менеджеру в принятии решения, а также обеспечивает поддержку принимаемого решения руководителем.

Выводы. Таким образом, чтобы изменения происходили эффективно и без негативных последствий, необходимо понимать, когда и где нужны данного рода преобразовательные процессы, как определить последовательность этапов улучшения, избежать сопротивления со стороны медицинского персонала и обучить новым инструментальным навыкам так, чтобы все спланированное повлекло за собой положительные результаты деятельности медицинской организации.

Список литературы

1. Басова, А. Г. Влияние современного развития здравоохранения на экономику России [Текст] / А. Г. Басова // Проблемы науки. 2017. № 4 (17). С. 53–59.
2. Мурашова, А. П. Инновационный подход в управлении предприятием / А. П. Мурашова // Трибуна ученого. – 2020. – № 11. – С. 567–577.
3. Том Н. Управление изменениями. // Проблемы теории и практики управления. – 2010. – № 1.

УДК 332.02

ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Агудина Елизавета Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук, доцент Серова Ольга Федоровна

Введение. Количество обращений в медицинские учреждения различного уровня не снижается, вопрос получения своевременной и качественной медицинской помощи остается актуальным. При этом ее оказание и получение зачастую сопряжено с различного рода проблемами, например, особенностями взаимодействия между сотрудниками организации и пациентом. Одним из способов решения этой проблемы является применение пациентоориентированного подхода, характеризующегося особым отношением к пациенту.

Цели и задачи. Рассмотреть особенности пациентоориентированного подхода в медицинской организации.

Задачи:

- рассмотреть понятие пациентоориентированности, особенности его применения;

- изучить требования к применению пациентоориентированного подхода;
- обозначить направления формирования пациентоориентированного подхода.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование процессного подхода к формированию пациентоориентированного подхода в медицинской организации.

Результаты и обсуждение. Пациентоориентированность – это модель взаимодействия медицинского персонала с пациентом, основанная на дружелюбии, уважении, неконфликтности, понимании запросов больного и умении их решать, внимании к эмоциональному состоянию человека. Выстраивание доверительных отношений позволяет удерживать пациентов, привлекать новых.

Медицина не всегда была пациентоориентированной. В древние времена не было речи об удобстве, хорошей аппаратуре и анестезии. Врач помогал человеку любыми методами. И было не важно, что человек при этом чувствовал и какую боль терпел. Слово «пациент» происходит от английского «patient», что означает «терпеливый», но пациент больше не должен терпеть боль и в праве самостоятельно выбирать клинику и врача, который ему больше подходит. В результате этого появилась необходимость бороться за внимание потребителя.

Термин «пациентоориентированность» впервые был употреблен психологом Карлом Роджерсом в 1960-х годах. Он полагал, что каждый человек уникален, что следует доверять взглядам человека на свой собственный мир, и что каждому под силу управлять им. Эта идея изменила установленные представления о терапевтических практиках психоанализа и бихевиоризма. В дальнейшем произошло появление рыночных черт и приобретение пациентом роли «клиента-потребителя», за выбор которого происходит борьба в конкурентной среде поставщиков медицинских услуг, пациентоориентированность стала восприниматься как «клиентоориентированность», которая является неотъемлемым элементом рыночных отношений. Все чаще используется понятие «качественная медицинская помощь», оказание которой невозможно без учета индивидуальных особенностей пациента и формирования долговременной коммуникации между ним и клиническими специалистами.

Эффективная коммуникация предусматривает глубокое понимание различных аспектов жизни пациентов, культурных ценностей и оценку их потенциального влияния на его здоровье с последующим донесением информации пациенту с уважением к его личности и запросам.

Создание пациентоориентированной среды в медицинской организации включает в себя следующие направления деятельности:

- построение развитой корпоративной культуры (трансляция ценностей организации в поведении каждого сотрудника),
- оптимизацию процессов (исключение процессов, не обеспечивающих удовлетворение пациентов),
- ведение качественной и безопасной медицинской деятельности.

Эдгар Шейн, говоря о корпоративной культуре, отмечал, что убеждения, которые сформированы самостоятельно или с группой в процессе адаптации к внешним и внутренним условиям, приводящие к эффективности рабочих процессов, могут передаваться новым членам в качестве правильного образца поведения. Постоянные устойчивые нормы и ценности организации выражаются в ее культуре. Наличие корпоративной культуры позволяет повысить заинтересованность сотрудников в процессе и результате работы, формировать внешний и внутренний имидж. Все это в целом способствует более успешному и эффективному функционированию компании на рынке.

Формированию корпоративной культуры способствуют, с одной стороны, открытость руководства к диалогу с сотрудниками подразделений, наличие двусторонней коммуникации, а с другой – понимание сотрудниками целей и задач компании, включенность их в процессы принятия решений по вопросам взаимодействия с потребителями.

Формирование пациентоориентированной среды в медицинской организации возможно с помощью следующих мероприятий и процедур:

1. Разработка стандарта взаимодействия с клиентом. Четкое формирование инструкции по общению с клиентом для всех работников учреждения. Сотрудник должен действовать не из своего настроения или вежливости, а согласно стандарту. Это создает приятную атмосферу, помогающую пациентам чувствовать себя комфортно.

2. Формирование в сознании сотрудников важности пациентоориентированного подхода. При коммуникации «врач-пациент» следует избегать специальной терминологии; объяснение производимых манипуляций, а также рассказы о том, что происходит на каждом этапе лечения, нужно проводить на «языке пациента».

3. Обязательное коммуницирование в процессе врачебного приема. Это поможет узнать состояние пациента, а, в случае необходимости, успокоить.

4. Применение различных инструментов мониторинга мнений пациентов о приемах, манипуляциях, коммуникации позволит создавать положительный имидж организации, который будет распространяться на работающих там сотрудников.

5. Создание приятного интерьера, обстановки и чистоты. Внутреннее окружение должно помочь пациенту, снять напряжение в ожидании врачебной помощи.

Выводы. Происходит увеличение количества медицинских учреждений и пациентов, обращающихся за медицинской помощью. В результате развития рынка оказания медицинских услуг появилась потребность бороться за внимание потребителя. Создание эффективной коммуникации с потребителем требует налаженных внутриколлективных связей, а также понимания врачом смысла пациентоориентированного взаимодействия. Создание пациентоориентированной среды включает в себя различные направления деятельности: трансляцию ценностей организации в поведении каждого сотрудника, оптимизацию процессов и ведение качественной и безопасной медицинской деятельности. Таким образом, для формирования пациентоориентированного подхода необходимо наличие коммуникации руководства с врачами, врачей с пациентами, а также вовлеченность врачей в различные процессы и понимание целей и задач организации.

Список литературы

1. Cambridge Dictionary. [Электронный ресурс] // Cambridge Dictionary: сайт. – URL: <https://dictionary.cambridge.org/ru/> (дата обращения: 15.10.2022)
2. Эдгар Шейн. «Организационная культура и лидерство», 3-е изд. 1992. – С. 24–218.
3. Карл Роджерс. «Клиент-центрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение», 2007. С. 50.
4. Steven Macdonald. «HOW TO CREATE A CUSTOMER-CENTRIC STRATEGY FOR YOUR BUSINESS», 2022.
5. Перепелова О. В., Петрова И. А. «Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности», 2019. С. 4.

УДК 338.22.01

МЕТОДЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Алиева Асия Везировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента
Голиков Вячеслав Владимирович

Введение. В здравоохранении процес с совершенствования системы мотивации медицинского персонала напрямую оказывает влияние на обеспеченность населения медицинскими работниками, качеством оказываемых услуг и в целом удовлетворенностью населения медицинской

помощью. Стимулирование сотрудника является важной чертой, его удовлетворенности зарплатой и критериями труда, возможностями профессионального роста, обучения и повышения квалификации. Для реализации целей в сфере управления персоналом необходимо обеспечить увеличение мотивации, отталкиваясь на формирование развития системы стимулов, которые подталкивают современного сотрудника к высокопроизводительному труду. От действия данной системы мотивации стимулирования персонала зависит социальная, трудовая и творческая активность каждого сотрудника, которая в итоге повлияет на конечные результаты.

Цели и задачи. Цель тезисов состоит в теоретическом обосновании системы экономического стимулирования персонала в организации, и в разработке практических рекомендаций по ее совершенствованию.

Для достижения поставленной цели предполагается решить следующие задачи:

1. Охарактеризовать методы экономического стимулирования в медицинских организациях.
2. Рассмотреть взаимосвязь между экономическим стимулированием и повышением качества медицинского обслуживания.

Материалы и методы. Научные статьи; анализ, синтез.

Результаты и обсуждение. Стимулирование работников учреждения играет важную роль в организации труда, обеспечивая повышение эффективности и качества медицинского обслуживания.

Для эффективного стимулирования рассматриваются три функции: экономическая, нравственная и социальная.

Стимулирование как способ управления предполагает важность учета интересов персонала, трудового коллектива, степени их удовлетворенности, а именно потребностей, являющихся важнейшим фактором поведения социальных систем.

К методам экономического стимулирования труда сотрудников медицинской организации относятся: компенсации, надбавки, доплаты и социальные льготы в пределах выделенных бюджетных ассигнований, премии.

Следует констатировать прямую связь между экономическим стимулированием и повышением качества медицинского персонала.

Для повышения данного качества в организации сочетают различные методы управления и стили руководства, системы оплаты и мотивации труда, обучения, управления карьерой.

Правильно сформированная система стимулирования сотрудников способствует достижению следующих результатов: повышение качества предоставляемых услуг, повышение удовлетворенности потребителей; сокращение потерь рабочего времени, так как мотивированные сотрудники работают внимательнее, быстрее и с меньшим количеством ошибок.

Основными методами стимулирования персонала являются: система условий работы; система оплаты труда; использование эффективных систем коммуникаций.

Выводы. Таким образом, анализ деятельности показал, что существующая в учреждении система стимулирования работников имеет свои положительные стороны, так и отрицательные, которые предлагается устранить при помощи следующих рекомендаций: совершенствование системы оплаты труда медицинского и прочего персонала; организация тренингов персонала по продажам медицинских услуг; разработка мобильного приложения.

Список литературы

1. Стародубов В. И., Сидоров П. И., Коноплева И. А. Управление персоналом организации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1104 с.
2. Токарева Е. А. Повышение эффективности деятельности организации на основе совершенствования стимулирования персонала в условиях рынка. – М.: Наука, 2017. – 542 с.
3. Травин В. В., Дятлов В. А. Менеджмент персонала предприятия. – М., 2019. – 214–215 с.

УДК 65.012.7

АНАЛИЗ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ ПЕРСОНАЛА НА ПРЕДПРИЯТИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бейсова Адия Галиевна

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

Введение. Управление персоналом признано одной из важнейших сфер жизни организации, способного повысить ее эффективность. Управление человеческими ресурсами по-прежнему является самым слабым звеном в общей системе управления компаниями. Экономическое мышление и общественное сознание в этой области обновляются очень медленно. Сохраняются стереотипные подходы к решению кадровых вопросов, выработанные годами в методах менеджмента и коллективного управления. Многие теоретико-методологические аспекты управления человеческими ресурсами как части общей системы эффективного управления предприятием не разработаны [1].

Противоречивость объективно обусловить рост значимости современных методов управления персоналом и состояния этой работы предопределяет необходимость анализа системы управления персоналом и определения эффективных методов решения существующих проблем и противоречий в этой области. В связи с этим аргументируется актуальность данной темы.

Цели и задачи. Проведение анализа и разработка рекомендаций совершенствования работы по развитию персонала на предприятии системы здравоохранения.

Материалы и методы. В основу методологии исследования положены теоретические работы в области управления персоналом, использованы общенаучные методы исследования, такие как анализ и синтез, системный подход в обработке статистической и прогностической информации из научных публикаций.

Результаты и обсуждение. Анализ работы по развитию персонала медицинской организации выявил недостаточно эффективную систему обучения администраторов. Корпоративное обучение новых сотрудников медицинской организации имеет потоковый характер, в связи с текучестью кадров. В свою очередь, это влияет на загруженность специалистов по обучению. Единообразия и поэтапности приводит к чрезмерному утомлению. При рассмотрении существующей системы обучения выяснилось, что в основном предоставляется лекционный материал. Снижается эффективность обучения из-за отсутствия погружения обучающихся в рабочую среду. Системы и упорядоченности в обучение работающих сотрудников нет.

Разработаны рекомендации по совершенствованию работы по развитию персонала в медицинской организации. Использование ролевых игр направлено на закрепление полученных знаний, а также чтобы помочь новым сотрудникам погрузиться в рабочую среду. Тренинг по командообразованию несет определенную смысловую нагрузку. Предназначен для сокращения дистанции между сотрудниками. Основная задача данного тренинга – игры, помогающие запустить групповую динамику, и сократить дистанцию взаимодействия на физическом, эмоциональном и коммуникативном уровнях. Для развития работающих сотрудников рекомендовано работа с корпоративным тренером. Если компания не может позволить нанять коуча, предлагается обучение своих сотрудников искусству коучинга. Таким образом, повысить уровень подготовки новых сотрудников и эффективность работы по развитию персонала. Требуется планирование семинаров. Информацию о семинарах должна быть занесена в общую базу данных, к которой имеют доступ все сотрудники организации.

Эффективность мероприятий по совершенствованию работы по развитию персонала приведут к снижению текучести персонала. Быстрая адаптация нового сотрудника в коллективе; минимизация дополнительной нагрузки на рабочий персонал; внедрение наставничества позволяет постоянным

сотрудникам почувствовать свою причастность, повышает их чувство значимости для организации [2]. Решение вопросов развития персонала повысить уровень обслуживания. Правильно построенная система обучения персонала повысит компетентность персонала. Затраты на найм корпоративного тренера или обучение своих сотрудников наставничеству возмещается, поскольку новые сотрудники являются бесплатным трудом в период обучения. Неоплачиваемые часы стажировки, входящие в процесс обучения, могут сэкономить бюджет организации. Наличие информации о семинарах в общей базе позволит повысить уровень знаний сотрудников, которые не смогли посетить семинар, а также избежать дополнительных затрат на организацию идентичного обучения.

Выводы. Повышение эффективности управления в организации напрямую зависит от рационального использования главного потенциала трудовой деятельности – персонала. Таким образом, постоянное совершенствование методов развития персонала формирует рациональную систему управления персоналом в медицинской организации.

Список литературы

1. Горелов, Н. А. Управление человеческими ресурсами: современный подход. – Москва: Издательство Юрайт, 2021. – 270 с.
2. Столяров С. А. Менеджмент в здравоохранении. – М.: Юрайт. 2019. 764 с.

УДК 331.1

ЭКСПЕРТНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ КАПИТАЛОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Болдыч Анастасия Андреевна

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

Введение. В современных условиях деятельность организаций в системе здравоохранения включает постоянный систематический анализ и оценку эффективности использования как ресурсов, так и всевозможного капитала, в том числе эффективности системы управления человеческим капиталом.

Цели и задачи. Рассмотрение теоретических вопросов, связанных с оценкой эффективности управления человеческим капиталом медицинской организации

1. Изучение литературных источников по теме исследования.
2. Рассмотрение экспертного метода в системе здравоохранения.
3. Определение роли экспертного метода в оценке управление человеческим капиталом в медицинской организации.

Материалы и методы. Научные статьи, научная периодика. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, описание.

Результаты и обсуждение. Совершенно очевидно, что именно человеческий капитал является фундаментом капитала знаний медицинской организации. С помощью экспертного метода можно оценить управление человеческим капиталом [3].

Исчисление человеческого капитала отдельной личности и его оценки в структуре интеллектуального капитала в медицинской организации, является одним из более распространенных методов. В основу метода положена попытка оценки приведенной (дисконтированной) стоимости потока затрат, связанных с формированием человеческого капитала и будущего потока доходов, которое обеспечит получение человеческого капитала конкретной личности. Суть экспертного подхода заключается в том, что характеризует показатели работы как отдельного мед. работника, так и коллектива медицинской организации в совокупности. Такие качественные характеристики конкретного мед. сотрудника как, способность мыслить неочевидно, применять свои навыки

и знания, прислушиваться к своей интуиции, являются его неотъемлемой частью попытки стоимостного измерения. Качественные характеристики, названные ранее, являются неотъемлемой частью медицинской организации. Вклад в общие результаты каждого сотрудника определяется следующими направлениями [1]:

- вклад в увеличение доходов компании,
- вклад в научные достижения в сфере здравоохранения,
- вклад в координацию деятельности компании,
- вклад в успешное выполнение своих обязанностей,
- вклад в развитие отношений с пациентом.

Не только качественные характеристики отдельного медработника, но и совокупность кадрового потенциала, учитывается при экспертном методе. Для объективности этого метода, используются весовые коэффициенты и порядок расчета включает три этапа [2]:

- определение ключевых показатели, идентифицирующих вклад мед. работника в капитал знаний клиники;
- установление весовых долей (коэффициент значимости) для каждого показателя, исходя из того, насколько часто каждый показатель проявляется у аттестуемого;
- определение бальной шкалы для оценки каждого показателя.

При анализе полученных показателей высчитывается средний балл и сравнивается с эталонным, который был получен входе эмпирического анализа.

Выводы. Единой методики оценки человеческого капитала в здравоохранении не существует. Известны различные точки зрения авторов. Необходимым составляющим в оценки человеческого капитала в системе здравоохранения является экспертный подход, который включает в себя различные модификации.

Список литературы

1. Отырба Т. М. Становление и современное состояние структуры человеческого капитала в российском обществе // Историческая и социально-образовательная мысль. 2019. № 2 (24). С. 56.
2. Добрынин, А. И. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. / А. И. Добрынин, С. А. Дятлов, Е. Д. Цыренова СПб.: Наука, 2018. 55 с.
3. Управление человеческим капиталом: теория и практика. Текст научной статьи по специальности «Экономика и бизнес». Текст: электронный. – <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-chelovecheskim-kapitalom-teoriya-i-praktika> (дата обращения: 22.10.2022)

УДК 331.1

МОДЕРНИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Ваймер Надежда Эдуардовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента Голиков В. В.

Введение. Модернизация является необходимым инструментом в управлении любой организации, т. к. он направлен на обновление бизнес-процессов для улучшения деятельности организации. Модернизация превратилась в одну из самых эффективных инноваций в управленческом консалтинге за последние годы. Модернизация важна для того, чтобы вся система взаимодействия была направлена на достижение максимального эффекта, который не может быть достигнут каждым в отдельности, но реально достигается оптимально организованными совместными усилиями.

Целью данной работы является анализ целей, задач, методов и инструментов модернизации для медицинской организации.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие **задачи**:

- Проанализировать теоретические аспекты модернизации;
- Определить необходимость модернизации бизнес-процессов в медицинской организации;
- Выбрать более эффективные методы и инструменты для реализации модернизации.

Объектом является бизнес-процессы на предприятии, предметом – модернизация бизнес-процессов функционирования предприятия.

Результаты и обсуждение. Модернизация – это перепроектирование бизнес-процессов для достижения радикального и постепенного улучшения эффективности бизнеса. Модернизация является направлением, возникшее на стыке двух разных сфер деятельности – управления и информатизации. Одной из главных особенностей является ориентация модернизации не на функции, а на процессы.

Основная цель бизнес-реинжиниринга – резко ускорить реакцию компании на изменения требований потребителей, часто снижая всевозможные затраты.

Модернизация бизнес-процессов имеет следующие характеристики:

- отказ от устаревших принципов и подходов и запуск бизнес-процесса с нуля;
- игнорирование существующих систем, структур и процедур компании и радикальное изменение способа ведения бизнеса; если невозможно переделать вашу бизнес-среду, то вы можете переделать свой бизнес;
- приводит к существенным изменениям показателей эффективности, которые на порядок отличаются от предыдущих. Небольшие изменения требуют от компании корректировки, умелой настройки существующих бизнес-инструментов, или если бизнес компании немного ухудшился, модернизация бизнес-процессов не требуется.

Каждый руководитель, задумываясь над вопросами повышения эффективности своего предприятия и достижения целей, которые соответствовали бы как его ожиданиям, так и ожиданиям акционеров и инвесторов, рано или поздно поймет, насколько важно создать такую систему управления, которая привела бы к достижению этих целей. Целью модернизации бизнес-процессов является преобразование предприятия таким образом, чтобы оно максимально соответствовало требованиям информационного века и идеологии управления с точки зрения процессного подхода.

Модернизация бизнес-процессов требуется в следующих случаях:

- цели компании значительно изменились или расширились;
- потребности, требования клиентов значительно изменились.

Обязательными предпосылками успеха модернизации бизнес-процессов являются:

- Четкое понимание задач руководства компании. Приверженность руководства целям модернизации – это контроль со стороны высшего руководства.
- Мотивация сотрудников компании, ориентация на рост, расширение деятельности компании, усиление силы и творческого характера работы сотрудников.
- Налаженное управление деятельностью компаний.

Реализация проекта по модернизации бизнес-процессов предполагает представление его приемочной комиссии, в которую входят представители лиц, принимающих решения, и менеджеры процессов. Реализация проекта, как правило, осуществляется поэтапно согласно приоритетам, установленным на этапе идентификации бизнес-процессов.

Описание бизнес-процессов позволяет определить эффективную модель отчетности, которая облегчает контроль, гарантирует эффективность и качество работы, систематизирует управление. Совершенствование бизнес-процессов охватывает весь комплекс мероприятий, от постепенной модернизации работы отдельных подразделений компании до полного редизайна всей структуры.

Выводы. Модернизация – это фундаментальное переосмысление и радикальное изменение бизнес-процессов для достижения резкого поэтапного улучшения сегодняшних показателей деятельности компании, таких как стоимость, качество, сервис и темпы. Модернизация в качестве приема инновационного менеджмента затрагивает инновационный процесс, направленный как на производство новых продуктов и операций, так и на их реализацию, продвижение, диффузию.

Список литературы

1. Венеделин, А. Г. Подготовка и принятие управленческого решения: Методологический аспект/ А. Г. Венделин. – М.: Экономика, 2008. – 150 с.
2. Менеджмент организации / Под ред. Румянцевой З. П., Соломатина П. А. М.: ИНФРА-М, 2011. – 328 с.
3. Симонов, В. Л. Проектирование бизнес-процессов организации при помощи программного средства BPWIN на основе моделей IDEF0 и IDEF3. Построение DFD диаграмм: специализир. учеб.-метод. пособие по орг. самостоят. работы студентов. – М.: ИНЭК, 2009. – 235 с.
4. Венеделин, А. Г. Подготовка и принятие управленческого решения: Методологический аспект/ А. Г. Венделин. – М.: Экономика, 2008. – 150 с.

УДК 614.2

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКОЙ

Волгина Алина Игоревна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Днепровская Ирина Валерьевна

Введение. Современный рынок стоматологических услуг в России продолжает свое развитие, несмотря на пандемию COVID-19, а также санкции недружественных стран. В данных условиях для обеспечения эффективного управления стоматологической поликлиникой, в том числе государственного учреждения здравоохранения, следует использовать ценностно-ориентированный подход в управлении внутренними процессами организации.

Цель и задачи. Целью данного исследования является изучение применения ценностно-ориентированного подхода в управлении стоматологической клиникой.

Материалы и методы. Работа основана на материалах, содержащих исследование рынка платных стоматологических услуг, представленных в публикации Ю. В. Машниновой, в рамках которого представлены факторы, определяющие выбор стоматологической поликлиники.

Результаты и обсуждение. В основе ценностно-ориентированного подхода выступает последовательный рост ценности услуги для потребителя (пациента) от записи на прием к врачу до окончания лечения [1]. Под ценностью мы будем понимать выгоды для пациента, имеющего определенные потребности в стоматологических услугах. Задачей ценностно-ориентированного управления поликлиникой является выявление таких ценностей (выгод) и преобразование их в материальные и нематериальные атрибуты стоматологической услуги, которые позволят предоставлять потребителям качественную медицинскую помощь.

С позиции теории поведения потребителя, специфика стоматологической услуги – это высокий уровень вовлеченности в сочетании с рациональным типом принятия решения, поэтому пациент, который нуждается в ней, тщательно подходит к выбору поликлиники, ориентируясь на восприятие, как самой медицинской организации, так и будущего взаимодействия с врачами, средним медицинским персоналом.

Многочисленные исследования, направленные на выявление факторов, при выборе клиента стоматологической поликлиники показали, что таковыми являются: доверие к лечащему врачу,

эмоциональный контакт с ним, процесс лечения (ощущение комфортности и безопасности), удовлетворенность предыдущим опытом, репутация медицинской организации [2, 3]. Заметим, что финансовый вопрос, в контексте оказания медицинских услуг, не рассматривался, хотя на наш взгляд, этот фактор был в лидерах.

Кроме основных факторов, определяющих успех стоматологической поликлиники, пациенты отметили скорость обслуживания, вежливость и приветливость персонала, индивидуальный подход к решению проблемы, общую атмосферу в клинике.

Полученные данные позволили построить модель ценностно-ориентированного управления поликлиникой, согласно которой удовлетворенность лечением является базовым фактором, определяющим дальнейшее поведение потребителей. По мнению Р. Беста, потребительская удовлетворенность является своего рода индикатором будущей прибыли компании [4]. Однако, для того, чтобы пациент повторно обратился в ту же поликлинику, одной удовлетворенности недостаточно (удовлетворенный клиент может обратиться и в другую клинику). Только такие факторы, как доверие к врачу, комфорт и безопасность процесса лечения, «привязывают» пациента к медицинской организации, превращают его в лояльного клиента.

Таким образом, целью ценностно-ориентированного подхода является прежде всего завоевание доверия потребителя. Отсюда следует требование к руководству стоматологической поликлиники организовать систему непрерывной переподготовки специалистов, направленной на повышение их профессиональной компетентности.

Наличие или отсутствие доверия к врачу оказывает непосредственное влияние на репутацию клиники в целом, поскольку формируют ее клиенты, удовлетворенные или не удовлетворенные посещением врача и высказывающие свое мнение в кругу коллег, знакомых и т. д. Очевидно, что степень доверия является первичным фактором, определяющим долговременность взаимосвязи людей. Отсюда следует, что помимо проведения качественного лечения важно установить с пациентом эмоциональный контакт, улучшающий общее впечатление от посещения клиники.

Стоматологическая поликлиника, имеющая высокую репутацию и пользующаяся доверием потребителей, обладает аквизиторским потенциалом, т.е. способна удерживать существующих пациентов и привлекать новых. Это может быть инновационные формы лечения, снижение цен на отдельные стоматологические услуги.

При оценке качества стоматологической услуги необходимо принимать во внимание как общее впечатление от посещения клиники, так и удовлетворенность непосредственно лечением. Для получения количественной оценки качества стоматологической услуги целесообразно использовать анкету обратной связи с пациентом, которую он может заполнить по завершении курса лечения. Текст анкеты не должен быть перегружен вопросами (не более 6–10), они должны быть простыми и открытыми.

Наличие обратной связи укрепляет долговременные отношения с пациентами, повышая уровень их лояльности, а значит, и количество посещений в стоматологической поликлинике, будет расти.

Выводы. Применение ценностно-ориентированного подхода в управлении стоматологической поликлиникой способствует тесному взаимодействию сотрудников медицинской организации со своими пациентами, и дает возможность оперативно реагировать на изменения в поведении потребителей стоматологических услуг. Выявление факторов (ценностей), на которые потребители стоматологических услуг ориентируются при выборе той или иной поликлиники (доверие к врачу, его навыки общения с пациентом, организация процесса лечения, максимально комфортного и безопасного для пациента и т.п.), позволяют максимально эффективно организовать работу медицинской организации по предоставлению качественной помощи.

Список литературы

1. Наумов В. Н. Лашкова Е. Н. Принципы ценностно-ориентированного управления стоматологической клиникой // Маркетинг услуг. – 2011. – № 1 (25), февраль. – С. 56–62.

2. Машнинова Ю. В. Государственные лечебно-профилактические и коммерческие медицинские организации: сравнительный анализ положения на рынке оказания платных стоматологических услуг детям // Риск: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. – 2021. – № 2. – С. 62–65.

3. Измайлова З. М., Рыженкова И. К. Теоретические аспекты современных методов управления рисками для повышения качества оказания медицинских услуг по стоматологии // Риск: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. – 2021. – № 3. – С. 62–69.

4. Бест Р. Маркетинг от потребителя / Пер. с англ. С. Памфилова и Н. Брагиной; под ред. П. Миронова. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018. – 760 с.

УДК 338.24.01

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОРТРЕТА СОВРЕМЕННОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ

Голиков Вячеслав Владимирович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время в условиях рыночной экономики и жёсткой конкуренции от предпринимателя требуется не только профессионализм специалиста в своей области. Очень важно обладать лидерскими способностями: увлечь за собой других, правильно распределять обязанности среди подчинённых, поддерживать в них дух коллективизма, овладевать практическими навыками – от анализа ситуации до умения распоряжаться временем, необходимо быть полным решимости во всём. Гармоничное сочетание всех этих качеств позволит современному предпринимателю добиться огромных высот.

Цели и задачи. Целью является – провести исследование портрета современного предпринимателя, решив следующие задачи: изучить сущность предпринимателя, его навыки, умения.

Материалы и методы. В процессе написания тезисов были использованы учебники, статьи и периодические издания, а также такие методы, как анализ, сравнение и синтез.

Результаты и обсуждение. Современный предприниматель – человек уникальный: он успевает всё, у него много энергии, он справляется с любыми задачами и всегда в прекрасном расположении духа. Постоянный самоконтроль поможет полностью реализовать свои способности, раскрыть сильные стороны характера и стать настоящим профессионалом. Для достижения высоких показателей одних способностей, данных от природы, мало. Нужно развивать в себе такие качества, как решительность, дальновидность и уверенность.

В первую очередь, предпринимателю важно уметь оценивать самого себя. Каждый человек знает, что именно ему даётся легко, поэтому эти сильные стороны можно развить особенно быстро. Но полностью раскрыть свой потенциал часто мешает недостаток уверенности в себе [3]. Для начала нужно объективно оценить свои важнейшие качества и ответить на вопрос, какие из них особенно нуждаются в доработке.

Во вторую очередь, предпринимателю необходима независимая оценка своих качеств. Если трудно самому оценить свои задатки лидера, нужно попросить кого-нибудь дать беспристрастную оценку. Теперь можно составить мнение о себе самом, наметить чего бы хотелось добиться в будущем и составить план действий.

Предприниматель должен уметь ставить перед собой цели и разбивать их на задачи. Оценив свои возможности, нужно чётко наметить достижимые конкретные цели. Предпринимателю нужно спросить себя, чего он хочет достичь на определённом этапе и в будущем, соотнести свои планы с тем, чего он достиг к сегодняшнему дню, и тогда станет отчётливо виден тот разрыв, который необходимо преодолеть на пути к осуществлению замысла. Следующий шаг: поставить перед собой задачу сократить этот разрыв [1].

Предприниматели обладают целым набором личных качеств, которые позволяют реализовывать бизнес-проекты. Интеллектуальные способности предпринимателя характеризуются гибкостью мышления и аналитическим складом, мастерством мыслить, производить идеи, в том числе коммерческие. Предприниматель – это творчески мыслящий человек, имеющий смекалку и широкое мировоззрение, способный находить неординарные решения. Но, даже обладая всеми нужными предпринимательскими качествами, человек подвергается риску финансовых и материальных потерь. Чтобы минимизировать риски, сделать деятельность более успешной и перспективной, необходимо в первую очередь разработать удачную идею, которая станет основной концепцией бизнеса.

В XXI веке предприниматель должен уметь ориентироваться в любой области менеджмента и быть по-настоящему разносторонне развитой личностью, как в психологическом, так и в профессиональном плане. То, что ещё вчера устраивало всех, сегодня уже недостаточно [2].

Выводы. Таким образом, современный предприниматель – человек уникальный, он должен уметь все и всегда. Для того, чтобы в любом месте и в любой ситуации правильно принимать решение и действовать эффективно, предпринимателю необходимо постоянно развиваться как личность, также повышать собственную квалификацию и профессиональные навыки.

Список литературы

1. Бармашов К. С., Ляндау Ю. В. Эффективные бизнес-модели предпринимательства. – М.: КноРус, 2018. – 130 с.
2. Ставцева А. Е. Образ современного предпринимателя: основные черты // Экономическая среда. – 2018. – № 3 (25). – С. 98–101.
3. Устинова К. А. Социально-демографический портрет современного предпринимателя // Проблемы развития территории. – 2018. – № 4 (96). – С. 124–135.

УДК 65.014

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ

Заволочкина Ксения Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: заведующий кафедрой экономики и менеджмента, к. э. н., доцент

Соболева Светлана Юльевна

Введение. Условия конкуренции требуют от организаций непрерывного развития и совершенствования. Поэтому каждой фирме нужно неустанно изучать окружающую среду на наличие инноваций, которые минимизируют издержки и максимизируют прибыль. В настоящее время темпы развития настолько быстры, что долгосрочное прогнозирование и планирование почти теряет свою актуальность, а на первый план выходят гибкость и быстрота реагирования компании.

Цель данной работы: провести анализ современных тенденций изменения организационной структуры компаний, в условиях динамично меняющейся рыночной конъюнктуры. К задачам относятся выявление тенденций и причин изменений организационной структуры предприятий, а также анализ их последствий.

Материалы и методы. Статья создана на материалах открытой печати с использованием общенаучных методов познания – анализ, синтез, обобщение, а также специфических – сравнения и мониторинга материалов печатных и электронных специализированных изданий, аналитических обзоров рынка.

Результаты и обсуждение. В данной статье речь пойдёт про управленческие инновации, которые, как правило, представляют собой два взаимосвязанных блока: с одной стороны – это

ввод в кадровую систему новых элементов, форм и методов, а с другой стороны – вывод из кадровой системы устаревших элементов, форм и методов. Причинами таких нововведений в организации могут быть: изменение потребностей клиентов; развитие науки, техники и технологии; изменение внутренних потребностей; развитие общественных отношений; действия конкурентов; директивные указания.

Помимо быстрого реагирования и уменьшающегося значения долгосрочного планирования стимулом для поиска принципиально новых управленческих решений в организационной структуре в настоящий момент также служат повсеместное внедрение Интернет-технологий и стремительный рост инноваций в области программного обеспечения [1].

Причиной для последней тенденции послужила, конечно же, пандемия Covid-19 и последующие за ней ограничения. Внезапные изменения послужили мощным фактором для преобразования организационных структур, затрагивая области коммуникации, процессы обучения и развития.

Толчком для первых двух тенденций стала мировая нестабильность. С развитием технологий в мире становилось все больше неопределенности. После Холодной войны в среде американских военных появился акроним VUCA, характеризующий новый мир. Позже термин VUCA перешел в бизнес-среду и помогал осмысливать отношение к работе, придумывать гибкие стратегии и находить адекватный способ мышления в условиях изменений. 2022 год показал, что могут происходить вещи, которых многие боялись себе даже представить. Тотальная неопределенность стала главной характеристикой нашего времени. Термин VUCA перестал предсказывать потенциальные сценарии будущего. Футуролог Джамаис Кашио предложил новый акроним для описания мира – BANI, т. е. современный мир стал не просто нестабильным, он стал похожим на хаос.

Как следствие всех указанных причин возникает потребность качественной трансформации предприятий, которая подразумевает эффективную комбинацию централизации и децентрализации, подчинения и самоуправления и т.д. Целью является выстраивание такой структуры, которая обеспечит оптимальную архитектуру в подходящее время и в необходимых звеньях, архитектуры, в которой будут проявляться лучшие характеристики для настоящих условий.

В условиях полной мировой неопределенности ключевую роль начинает занимать метод передачи информации, а также система коммуникации в организации. Коммуникационная среда в целом является существенной частью системы управления. Именно эта часть системы управления в первую очередь испытывает воздействие внешней среды. Сегодня данная сфера претерпевает коренные изменения, связанные с переходом большинства коммуникаций в онлайн-формат [2].

Также важнейшую роль начинает играть организационная культура, которая даёт общее понимание всеми сотрудниками единых ценностей организации, обеспечение их своевременной и точной информацией. Как пример можно привести такое явление как наставничество в компании, т. е. сотрудник обучается сразу на рабочем месте другим сотрудником, который уже имеет опыт работы.

Что касается непосредственно организационных структур, то здесь перспективной становится смешанная структура, при которой присутствует регулирование «сверху-вниз» и самоуправление, т. к. таким образом организация остаётся наиболее подвижной и при этом довольно устойчивой. Одной из их разновидностей является agile-подход [3].

Суть данного подхода, возникшего первоначально в ИТ-сфере, заключается в гибкой разработке продукта под заказчика при активной его вовлеченности в самоорганизующуюся команду. Одним из первостепенных положительных эффектов выступает скорость поставки и вывода продукта на рынок. При этом заметные результаты уже на уровне пилотирования наблюдают 56 %, а на уровне зрелости – 80 %. При agile-подходе, а также модификации коммуникационной среды особая роль отводится ежедневным коротким встречам для быстрого донесения информации о нововведениях или корректировке курса и т.д. [3].

Данные встречи может заменить коммуникационный брокер. В задачи такого работника входит построение продуктивного взаимодействия команд и отдельных специалистов. Такому сотруднику необходимо иметь глубокое понимание внутренних процессов организации.

Выводы. Если сравнивать существующие типы организаций, то для перехода к гибким структурам подходящей средой клановая культура и культура адхократии [3, 4].

Клановая структура зачастую реализуется в форме автономных команд, возглавляемых руководителями, выступающими в качестве наставников. Усилит данную структуру создание кросс-функциональных гибких команд, включающих профессионалов из разных функциональных отделов, которые будут разрабатывать новые процессы или продукты. Такой метод позволит принимать решения более оперативно.

В культуре адхократии также отсутствует бюрократизация и сложность принятия решений. Адхократические компании обладают способностью оперативно разрабатывать и внедрять инновационные меры и корректировать процессы создания конкурентных преимуществ.

Список литературы

1. Ходыкина А. И., Трофименко Е. Н. Управленческие инновации: понятие, сущность, проблемы внедрения в организациях / Ходыкина А. И., Трофименко Е. Н. [Электронный ресурс] // Электронный научно-практический журнал «Экономика и менеджмент инновационных технологий» : [сайт]. – URL: <https://ekonomika.snauka.ru/2016/09/12453#:~:text=%D0%A3%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5%20%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B2%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%E2%80%93,%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%20%D0%B8%20%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0> (дата обращения: 14.10.2022).

2. Асаул А. Н., Асаул М. А., Мещеряков И. Г., Шегельман И. Р. Управление организационными нововведениями / Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки: 27.04.05 – «Инноватика», программа магистратуры Под редакцией А. Н. Асаула. – Санкт-Петербург: Автономная некоммерческая организация «Институт проблем экономического возрождения», 2016. – С. 228.

3. Микулец Ю. И., Письменная А. Б., Точальная А. Ю. Виды изменений организационной структуры компании в современных условиях / Вестник московского гуманитарно-экономического института. – 2022. – № 1. – С. 223–235.

4. Соболева С. Ю. Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С. Ю. Соболева, Л. В. Обьедкова // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. – ВолГУ, 2009. С. 165–169. – ISSN 1998-992X

УДК 338.2

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ КАПИТАЛОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Кочишвили Ксения Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент, к. э. н. Голиков Вячеслав Владимирович

Введение. Данная тема обуславливается необходимостью в нынешних условиях перехода к рыночным отношениям поиска лучших управленческих решений, совершенствования управления в медицинских организациях. Рассмотрение способов анализа качества человеческого капитала, а также отслеживание путей направлено на повышение уровня обслуживания и эффективности производства в организациях. Развитие рыночных отношений вызывает появление

новых задач, что вызывает необходимость совершенствования управления персоналом организации. Важно понимание руководителей медицинских организаций о необходимости постоянно улучшать управление человеческим капиталом, уделять внимание его расширению, реконструкции помещений, внедрению новейших технологий и т. д. [1].

Цель и задачи. Целью является определение методов управления человеческим капиталом.

В соответствии с поставленной целью основными задачами являются:

- Дать понятие человеческого капитала в медицинской организации;
- Провести сравнительную характеристику между управлением человеческим капиталом

в России и в мире.

Материалы и методы. В процессе написания тезисов были использованы учебники, учебные пособия, а также такие методы, как анализ, сравнение и синтез.

Результаты и обсуждение. Человеческий капитал (ЧК) – совокупность знаний, умений и навыков, используемых для удовлетворения потребностей человека и общества (способность к трудовой деятельности, долговременный экономический ресурс, совокупность качеств, определяющих производительность и являющихся источником дохода для индивида, его семьи, общества) [2].

Теория человеческого капитала является сравнительно новым направлением в российской экономической науке. Она связана с изучением влияния знаний, опыта, состояния здоровья работника на его способности адаптироваться к изменяющимся условиям и воспринимать инновации [2].

Существует единое решение для всех процессов управления человеческим капиталом.

Решение позволяет:

- Построить сквозные процессы управления человеческим капиталом организации;
- Управлять развитием сотрудников с момента найма и на протяжении всей жизни в организации;
- Принимать решения, основанные на данных сквозной аналитики;
- Связать процессы развития и карьерного продвижения сотрудников с результатами их оценки [3].

Выводы. Таким образом, человеческий капитал определяется как накопленные богатства знаний, выражающихся в совокупности профессиональной компетентности, культуры, здоровья, семейных и общественных ценностей, мотивации. Следовательно, основу человеческого капитала составляют, прежде всего, профессиональная компетентность и мотивация.

Человеческий капитал выступает не только объектом управления, но и средством решения многих проблем экономического развития компании, региона, страны, следовательно, является средством управления. Целенаправленное формирование и развитие человеческого капитала определенного вида обогащает механизм управления и тем самым позволяет повышать конкурентоспособность, использовать новые современные технологии, способствовать росту эффективности и производительности, осуществлять инновационные процессы и т.д.

Для определения эффективности реализации человеческого капитала, необходима его оценка, прежде всего, на микроуровне. Оценка дает возможность количественно измерить влияние качества человеческого капитала на результаты деятельности предприятия. От того, насколько точно и качественно проведена оценка человеческого капитала, будет зависеть эффективность всей системы управления предприятия. Однако следует признать, что характеристики человеческого капитала таковы, что достаточно корректно оценить их «в полном объеме» затруднительно. Поэтому необходимым условием применения оценки является наличие информационной базы, инструментов и методов.

Список литературы

1. Лаврова Л. А. Экономический рост и человеческий капитал, Омск: Изд-во Омского гос. ун-та, 2015 г. (дата обращения: 27.10.2022)

2. https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/28818/1/978-5-7996-1160-6_2014.pdf (дата обращения: 28.10.2022)
3. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=666480> (дата обращения: 27.10.2022)

УДК 338.24.01

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДОКУМЕНТАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Максименкова Анна Владимировна

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

Введение. Стремлением любой современной организации в контексте конкурентной экономики и значительного прогресса рыночных отношений всегда являлось повышение собственной эффективности, вне зависимости от структуры и масштаба организации. Важнейшим инструментом, помогающим достичь этой цели, является оптимизация процессов управления, в частности – организация условий для эффективного и удобного документооборота и создание современных систем делопроизводства. Все управленческие решения базируются на информации, носителем которой является документ, именно поэтому особый акцент нужно ставить на совершенствование работы с документооборотом. Данный пласт внутриорганизационной работы напрямую влияет на общее качество менеджмента, организацию и культуру труда работников аппарата управления. Совершенная система документационного оборота создаёт условия для оперативного движения и обработки служебных документов, что повышает общий уровень эффективности организации. Именно поэтому так много внимания уделяется автоматизации и систематизации делопроизводственных процессов различных организаций.

Все вышеизложенное подчеркивает актуальность выбранной темы, которая обуславливается недостаточной проработкой проблемы документирования основной деятельности в организациях.

Цель и задачи. Цель тезисов заключается в создании актуальной стратегии улучшения системы документационного обеспечения принятия управленческих решений.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

- произвести анализ организации делопроизводства на территории Российской Федерации в данный временной период;
- на основе анализа произвести разработку ряда рекомендаций по совершенствованию документационного оборота внутри организаций Российской Федерации;
- предложить конкретные мероприятия по совершенствованию документационного оборота внутри организаций Российской Федерации.

Материалы и методы. Информационной базой исследования являются нормативно-организационные документы, интернет-порталы информационных агентств и профессиональные интернет-ресурсы для специалистов данной ниши.

При написании научной статьи использовались различные методы исследования, такие как анализ, экономико-статистические методы, методы аналогии, а также метод экспертных оценок.

Результаты и обсуждение. В рамках изучения организационной документации и социальных опросов, проведённых информационными агентствами среди сотрудников различных организаций на предмет выявления существующих проблем документационного обеспечения и путей их решения, были выявлены следующие закономерности [3].

Упомянутый о каких-либо системах электронного документооборота или их подобию в анкетах практически не встречается. Более 50 % сотрудников различных организаций заявляют о необходимости внедрения системы электронного документооборота, который, по их мнению, значительно

облегчит работу с различного рода документацией. Более 55 % опрошенных недовольны уровнем нормативно-правового обеспечения своей работы, недостаточной степенью ее регламентации и определением точных границ своих должностных обязанностей [3]. Данная проблема, по мнению сотрудников организаций, решается с помощью чёткого разграничения и уточнения должностных обязанностей внутри различного рода учреждений, а также с помощью разработки исчерпывающих должностных инструкций. Более 65 % процентов опрошенных указали на острую необходимость повышения профессиональной квалификации персонала [3]. Реализовать это респонденты предлагают с помощью организации обучающих занятий, курсов повышения квалификации, курсов профессиональной переподготовки и прочих мероприятий образовательного характера.

Анализ результатов анкетирования позволяет выявить основные проблемы в документационном обеспечении:

- низкий уровень исполнительной дисциплины среди сотрудников;
- отсутствие программ по автоматизации делопроизводства учреждения.

Выводы. Вектором развития современных служб документационного обеспечения управленческих решений является углубление в автоматизацию и информатизацию процедур делопроизводственного кластера, внедрение и развитие систем электронного документационного оборота и модификация делопроизводственных систем согласно требованиям современности.

Вне зависимости от профиля и масштаба, каждая организация сталкивается с рядом определённых проблем документационного обеспечения управления. Таковыми являются: проблемы кадров, проблемы общего уровня информированности, проблемы организационного характера и проблемы несоответствия с современным уровнем технического прогресса. Решение данных проблем должно лежать в основе любого управленческого решения о необходимости улучшения работы внутри организации [4].

В более узком понимании проблем современного документационного оборота можно выделить следующие проблемы:

- недостаточно точная и подробная регламентация должностных обязанностей каждого сотрудника;
- недостаточно высокий уровень исполнительной дисциплины среди сотрудников;
- отсутствие программ по автоматизации делопроизводства учреждения;
- слабый уровень владения компьютерными программами.

На основании сделанных выводов можно предложить следующие варианты решения проблем:

- обязать руководство отделов структурных подразделений учреждений разработать и усовершенствовать положения об отделах и должностные инструкции их сотрудников;
- каждый отдел обеспечить нормативно-правовыми документами, относящимися к роду деятельности данного подразделения;
- обеспечить информационными и технические условия для внедрения в учреждения системы электронного документооборота с поправкой на специфику организации или принять меры по усовершенствованию уже существующих систем электронного документооборота;
- назначить инспектора по контролю за исполнением поручений;
- предложить ввести новую штатную единицу курьера для более надёжной и упрощённой доставки различного рода документации в соответствующие органы.

Список литературы

1. Абуладзе Д. Г. Документационное обеспечение управления персоналом. – М.: Юрайт, 2020. – 300 с.
2. ГОСТ 12.2.049-80. Общие требования к рабочему месту, органам управления и средствам отображения информации.
3. Электронный ресурс: Информационное агентство ТАСС. – Режим доступа: <https://tass.ru>
4. Кузнецов И. Н. Документационное обеспечение управления персоналом: учебник и практикум для СПО / И. Н. Кузнецов. – М.: Юрайт, 2019. – 521 с.

УДК 659.442

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ БРЕНДИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Манджиева Аюна Арсланговна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента
Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Брендинг – это совокупность маркетинговых действий, используемых для создания, коммуникации и укрепления бренда фирмы [1]. Он состоит из ряда последовательных шагов. Эти шаги могут различаться в зависимости от того, кто реализует процесс, и от конкретных результатов, которых пытается достичь фирма.

Общие ситуации, которые требуют полного процесса брендинга, включают: слияние двух фирм с разными брендами, запуск новой фирмы, серьезное изменение стратегии или направления, запуск значимой новой линейки услуг, «коммодитизация» существующих услуг [2].

Цель. Целью исследования является анализ основных этапов брендинга медицинской организации.

Материалы и методы. За основу исследования были взяты труды российских и зарубежных ученых и практиков в области маркетинга и маркетинговых исследований, в чьих работах раскрываются вопросы эффективного управления брендом медицинской организации.

Результаты и обсуждения. Процесс брендинга можно разбить на пять этапов.

Этап 1. Стратегия бренда

За каждым успешным брендом стоит продуманная стратегия. Правильное выполнение этого этапа имеет решающее значение для общего успеха бренда.

- Проведение внутренней проверки

Прежде всего рассматривается общая бизнес-стратегия фирмы. Далее создается управленческая команда для проведения исследований. Фиксируются цели команды, рыночные стратегии и индивидуальные перспективы.

- Определение целевой аудитории

Не следует забывать и о неклиентской аудитории, если она важна для успеха бизнеса. Это могут быть партнеры, влиятельные лица, источники рекомендаций и потенциальные сотрудники.

- Исследование собственной аудитории

Следующий шаг – проведение исследования целевой аудитории, чтобы получить объективное представление об их потребностях, проблемах и мотивах.

- Заявление о позиционировании

Заявление о позиционировании – это компактное, тщательно сформулированное выражение бренда. Это источник, к которому можно возвращаться снова и снова, когда пишутся заголовки, разрабатывается презентация или нужно понять, как компания вписывается в рынок.

Этап 2. Идентичность бренда

Идентичность бренда включает в себя многие из наиболее заметных элементов бренда, в том числе: имя, логотип, слоган, образы, цветовую палитру и др [3].

Сохранение идентичности бренда в целостности и сохранности с течением времени может быть сложной задачей. Чтобы бороться с этими проблемами, многие фирмы создают руководства по стилю бренда, которые определяют, как создается бренд, и объясняют, что разрешено, а что нет. Эти рекомендации могут быть всеобъемлющими – диктовать, как бренд применяется в каждой ситуации – или они могут быть простыми, оставляя место для разнообразия и исследования.

Этап 3. Инструменты бренда

Какие именно инструменты понадобятся, будет зависеть от того, как компания планирует продвигать узнаваемость своего бренда. По крайней мере, рекомендуется обратить внимание на две категории инструментов:

- Собственный сайт

Независимо от того, создает ли фирма новый веб-сайт с нуля или модернизирует существующий сайт, чтобы сделать его более привлекательным, необходимо убедиться, что он отражает новое позиционирование бренда и передает соответствующий посыл каждой из целевых аудиторий.

- Набор инструментов для развития собственного бизнеса

Один из самых важных способов использовать новый бренд – это применить все новое позиционирование к набору инструментов для развития бизнеса.

Этап 4. Запуск бренда

- Запуск внутреннего бренда

Нужно объяснять команде причину изменения бренда и подкреплять ее несколькими исследованиями, чтобы продемонстрировать, что процесс брендинга основан на объективных рассуждениях.

- Запуск внешнего бренда

Представление нового бренда миру – это шанс произвести благоприятное первое впечатление.

Этап 5. Создание бренда

Нужно преобразовать бренд в рыночную стоимость. Основная цель этой стратегии должна заключаться в том, чтобы сделать опыт компании более заметным. По большей части это может быть достигнуто за счет сочетания публичных выступлений, письма и общения в сети. Компания должна демонстрировать собственный профессионализм.

Выводы. Огромная конкуренция, существующая между фирмами, способствует тому, чтобы предприятия прикладывали дополнительные усилия в развитие, и, таким образом, выделились на рынке. Для этого следует инвестировать в создание сильного бренда, который будет привлекать и удерживать внимание людей.

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. – С. 924.
2. 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. – С. 489–501.
3. 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. – С. 956–964.

УДК 331.108.45:61

СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Никольская Александра Сергеевна

ДНР, Донецкая академия управления и государственной службы при Главе ДНР

Научный руководитель: к. т. н., доцент Смирнов Сергей Николаевич

Введение. Возможности и перспективы профессионального развития медицинского персонала определяются тем, насколько увязаны личные цели работников с планами организации. Безусловно, сами сотрудники более всего заинтересованы в профессиональном развитии. Их стремление отдавать свои силы и время на овладение знаниями и умениями выступает основным мотивирующим фактором, позволяющим овладеть новыми профессиональными и личностными качествами. Но и от самой организации также зависит немало.

Если руководство медицинского учреждения намерено иметь в своём подчинении коллектив высококвалифицированных специалистов, то с этой целью необходимо выработать определённый план действий. Возможно, при его реализации потребуются вносить изменения в организационную структуру управления, вводить новые должности (постоянные и временные), изыскивать необходимые ресурсы, осуществлять организационно-экономические мероприятия.

Целью статьи является обоснование предложений по стимулированию медицинского персонала.

Задачи исследования:

- анализ факторов, определяющих эффективность стимулирования профессионального развития сотрудников;
- выявление значимости профессионального развития персонала в системе кадровой работы.

Методы исследования: анализ и научное обобщение литературных источников; системный анализ; абстрактно-логический метод.

Результаты и обсуждение. Профессиональное развитие медицинского персонала предполагает прохождение курсов повышения квалификации, освоение программ профессиональной переподготовки, участие в тренингах, обучающих семинарах, самообразование и др. Это возможно лишь при желании самих медицинских работников прилагать усилия для освоения новых умений и навыков. В задачу руководства организации входит создание необходимых условий [1, с. 391].

Коллектив должен быть вовремя проинформирован о возможностях прохождения дополнительного образования. Новые разработки в медицине, усовершенствованные методы лечения определяют потребность в пересмотре существующей практики обучения дипломированных специалистов. Обучение, которое проводится один раз в пять лет, уже не удовлетворяет современным требованиям [2, с. 71]. За это промежуток времени имеющиеся знания могут устареть. Кроме того, имеют место случаи, когда учебные занятия проводятся лишь формально, а соответствующие документы о прохождении обучения оформляются нелегитимно.

Решение врачей продолжить образование, как правило, вызвано следующими обстоятельствами:

- неуверенность в сохранении должности;
- перспективы служебного роста;
- намерение завоевать репутацию специалиста высокого уровня;
- желание не отставать от коллег, которые уже прошли обучение, что впоследствии позитивно отразилось на результатах их работы [3, с. 5; 4, с. 152].

Исходя из этого стимулирование персонала должно включать:

- Обеспечение стабильности рабочего места;
- Формирование кадрового резерва из числа прошедших обучение работников;
- Компенсация (полная или частичная) затрат сотрудников на обучение;
- Публичное поощрение работников, которые повышают квалификацию и осваивают программы профессиональной переподготовки.

Выводы. Стимулирование профессионального развития сотрудников должно быть составной частью кадровой работы медицинской организации. Основное внимание должно быть уделено:

- рассмотрению предложений сотрудников по повышению квалификации и профессиональной переподготовке;
- планированию мероприятий по профессиональному развитию участников трудового коллектива;
- заключению двусторонних договоров с обязательством администрации оплатить обучение и обязательством работника отработать после прохождения обучения определённый срок.

Список литературы

1. Ершова М. В., Засова Л. В. Внутриорганизационное профессиональное развитие медицинских кадров // Молодой учёный. – 2020. – № 23 (313). – С. 391–392 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/313/71109/> (дата обращения: 04.10.2022).
2. Юкина В. И. Совершенствование системы развития персонала (обучение, переобучение) в медицинских учреждениях // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2018. – № 1. – С. 69–72 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://science-pedagogy.ru/ru/article/view?id=1744> (дата обращения: 06.10.2022).
3. Мошетова Л. К., Сычев Д. А., Заплатников А. Л. Непрерывное профессиональное развитие врачей: факторы мотивации и экономические аспекты // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2019. – Т. 3. – № 8. – С. 3–6.
4. Sabria-Bernado B., Llinas-Audet X., Isus S. Determinants of user demand for lifelong learning in institutions of higher education // International Journal of Training and Development. – 2017. – Vol. 21. – № 2. – P. 145–166.

УДК 65.012.7

АНАЛИЗ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Остапенко Маргарита Сергеевна

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

Введение. Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

Тема планирования в настоящее время является весьма актуальной, так как для успешного развития любой медицинской организации, каждый руководитель должен уметь грамотно спланировать свою деятельность, определить цели, к которым стремится медицинское учреждение, составить продуманный и всесторонне обоснованный детальный план – документ определяющий стратегию и тактику данного медицинского учреждения, специфику и объем оказываемых услуг [1].

Цели и задачи. Анализ современной системы планирования в учреждениях здравоохранения и пути ее совершенствования.

Материалы и методы. Используются общенаучные методы анализа и синтеза, системный подход в обработке статистической и прогностической информации из периодической научной публикации.

Результаты и обсуждения. В ходе анализа системы планирования учреждений здравоохранения было выявлено, что сложившаяся структура сети учреждений здравоохранения неэффективна, так как мощность, оснащённость, профессиональный уровень кадров в стационарах выше, чем в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Расходы на содержание в стационаре очень высоки из-за дороговизны содержания учреждений. Исходя из этого, стационарная помощь должна оказываться только в экстренных случаях. Более интенсивно следует развивать амбулаторно-поликлиническую службу, так как в ее задачи входит профилактика заболеваний и профилактическое лечение.

Кроме этого существуют и другие проблемы современной системы планирования:

– строгое регулирование сметы расходов приводит к тому, что медицинское учреждение или вообще не использует собственные ресурсы, или использует их незначительно;

- экономическая несамостоятельность медицинских учреждений, недостаточная мотивация сотрудников к качественному выполнению медицинской деятельности;
- уравнилельный и гарантированный характер оплаты труда, следствием чего является уменьшение инициативности работников медицинской организации [2].

Финансирование медицинских учреждений сегодня осуществляется из двух источников: государственный бюджет и средства государственных внебюджетных фондов, что является еще одним существенным недостатком планирования бюджетного финансирования учреждений данного профиля.

Если бы финансирование здравоохранения осуществлялось за счет средств государственных внебюджетных фондов, а тариф на обязательное медицинское страхование увеличился, проблема бюджетного финансирования была бы решена. Кроме того, необходимо дать самостоятельность медицинским учреждениям в постатейном планировании расходов, в том числе и расходы на заработную плату.

Также, это способствовало бы усилению контроля над целевым использованием бюджетных средств медицинскими организациями.

В рамках медицинской организации, важно рационально и справедливо распределять заработанные средства внутри учреждения. Это будет способствовать повышению заинтересованности структурных подразделений и отдельных сотрудников не только в собственном финансовом благополучии, но и в успешной деятельности медицинской организации в целом. Основным условием для этого является определение принципов и порядка распределения средств между структурными подразделениями.

Планирование, на сегодняшний день, является очень важным элементом экономической работы медицинской организации. Первостепенное значение для медицинского учреждения приобретает планирование затрат на оказание медицинской помощи, а не на содержание самой организации. Такое планирование направлено на обеспечение увязки ресурсов с объемами оказанных медицинских услуг, а не количеством мощностей (площадей, коек) [3].

Наряду с этим изменяется и этапность планирования. В настоящее время, производственные мощности, предполагаемые объемы работы, штаты, определяются исходя из финансовых прогнозов и объемов оказываемой медицинской помощи, хотя по классической системе сначала определялись производственные мощности, затем штаты, необходимые для обслуживания этих мощностей.

Классически, планирование качественных показателей, было чисто медицинской задачей, а сейчас его можно считать одним из новых направлений плановой работы [4].

Еще одним новым направлением экономического анализа является исследование финансового состояния медицинских организаций в целом. До тех пор, пока медицинские учреждения финансировались из бюджетных источников и были уверены в своевременном поступлении средств, не было смысла проводить анализ финансового положения. При сложившейся ситуации эта область экономического анализа становится первостепенной, так как от нее зависит жизнеспособность учреждения. Притом, одинаково важным для организации становится как сумма поступающих средств, так и размер потенциально возможных доходов, и, следовательно, размер упущенной выгоды [5].

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что планирование финансово-хозяйственной деятельности учреждения становится все более актуальным для обеспечения доступности оказания медицинской помощи и повышения экономической эффективности деятельности учреждения.

Список литературы

1. Чумакова, М. В. Современное состояние процессов планирования на предприятии [Электронный ресурс] / М. В. Чумакова. – Электрон. журн. – 2018. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/124/34207/>. – Электрон. версия печ. публикации журнала «Молодой ученый», № 20.

2. Косинова, Н. Н. Институциональные проблемы стратегического планирования регионов / Н. Н. Косинова [Текст] // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. сборник научных трудов по материалам III Международной научно-практической конференции. – Ставропольский государственный аграрный университет. 2017. – С. 62–67.

3. Практика планирования в современной России [Электронный ресурс]. – Электр. текстовые дан. – 2019. – Режим доступа : http://kapitalrus.ru/articles/article/praktika_planirovaniya_v_sovremennoj_rossii/

4. Косинова, Н. Н., Подсеваткина, А. К. Инструменты стратегического планирования в управлении сферой здравоохранения. / Н. Н. Косинова, А. К. Подсеваткина [Текст] // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. сборник научных трудов по материалам V Международной научно-практической конференции. 2019. – С. 86–94.

5. Косинова, Н. Н. Новые инструменты повышения инвестиционной привлекательности регионов (на примере Волгоградской области) / Н. Н. Косинова [Текст] // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции. 2019. – С. 141–145.

УДК 614.211

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Попова Александра Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Введение. Повышение качества предоставляемых медицинских услуг сегодня имеет огромное значение не только для отдельных организаций, но и для страны в целом. Направление на повышение доступности и качества медицины принято определяющим в рамках национального проекта «Здравоохранение».

Для отдельных организаций в сфере услуг улучшение качества является конкурентным преимуществом, так как предпочтения потребителей, в том числе и пациентов, давно сместились от стоимости услуг к их качеству, особенно это относится к медицинским услугам.

Цель и задачи. Рассмотрение направлений совершенствования системы контроля качества медицинских услуг через разработку и оценку эффективности соответствующих мероприятий.

Материалы и методы. Методологической базой служат труды С. А. Менделя, В. С. Глушанко, А. В. Гугелева, А. А. Семченко, Г. М. Гайдарова, Н. Ю. Алексеевой, Н. Г. Сафонова, А. В. Гашенко, Б. С. Соктуева, Е. В. Душина и других [1, 2, 3, 4].

В «Методике расчёта и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению» В. С. Глушанко рассмотрены теории качества, показаны различные методологические подходы и точки зрения на формирование индикаторов в системе обеспечения, управления и контроля качества оказания медицинской помощи. Так, система индикаторов медицинских услуг представляет собой три группы, включающие в себя индикаторы качества ресурсов, индикаторы качества процесса и индикаторы качества результата.

С. А. Мендель в своей работе использует процессный подход, так как его преимущество состоит в непрерывности управления, которое как раз и обеспечивает данный подход на стыке отдельных процессов в пределах системы и при комбинации и их взаимодействии.

А. В. Гугелев и А. А. Семченко в своем научном исследовании на основе изучения критериев оценки качества в сфере услуг, выдвинули гипотезу о том, что система менеджмента качества, основанная на методологии TQM, требует адаптации в сфере услуг.

Результаты и обсуждение. Проблемы совершенствования системы контроля качества медицинских услуг связаны с информационным обеспечением сайта, отсутствием возможности электронной записи на прием к специалистам, скоростью оказания услуг и этикой общения с пациентами.

В этой связи, основные направления по повышению качества медицинских услуг включают:

- повышение доступности информации для пациентов, посредством совершенствования наполнения сайта, а также обеспечения возможности онлайн-записи в центр;

- повышение результативности предоставляемых услуг, включающее повышение скорости оказания услуг и их корректности. В данном направлении планируется стандартизация и разработка норм на все процессы, протекающие при оказании услуг медицинской организации. В реализации данного направления планируется осуществлять постоянное повышение компетенций и квалификации персонала организации за счет организации систематического обучения, а также за счет создания собственной электронной библиотеки дающей доступ к знаниям каждому сотруднику в любое удобное время и в максимально доступной форме (электронная книга, аудиокнига);

- пересмотр системы материального стимулирования и внутреннего обучения.

Выводы. Таким образом, предложенные нами направления совершенствования системы контроля качества медицинских услуг охватывают почти все составляющие цепочки создания и реализации медицинских услуг, и позволяют значительно повысить уровень их качества.

Список литературы

1. Глушанко, В. С. Методика расчёта и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению: учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко, А. П. Тимофеева, А. А. Герберг; под общ. ред. д-ра мед. наук, проф. В. С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2021. URL: <https://www.elib.vsmu.by/bitstream/123/23081/1/>.pdf (дата обращения 29.09.22).

2. Гугелев А. В., Семченко А. А. Критерии оценки качества в сфере услуг, основанные на методологии TQM/ Вестник СГСЭУ, 2018. – № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kriterii-otsenki-kachestva-v-sfere-uslug-osnovannye-na-metodologii-tqm> (дата обращения 29.09.22).

3. Мендель С. А. Научное обоснование совершенствования управления в медицинских организациях на основе процессного подхода: дис. к. м. н. 14.02.03 / Мендель Сергей Александрович М.: 2020. URL: <https://viewer.rsl.ru/ru/> (дата обращения 29.09.22).

4. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: учебное пособие / сост.: Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева, Н. Г. Сафонова, А. В. Гашенко, Б. С. Соктуев, Е. В. Душина; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. – Иркутск: ИГМУ, 2017. URL: https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/3284b712_kontrol_kachestva_medpomoschi.pdf (дата обращения 29.09.22).

УДК 65.01

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ НА ОСНОВЕ МЕТОДИКИ OSAI К. КАМЕРОНА И Р. КУИННА В ГАУЗ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 9»

Санникова Ольга Анатольевна

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

Введение. 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. Важно понимать, что организационная культура – это не только имидж медицинской организации, но и эффективный инструмент стратегического управления бизнесом. Формирование организационной культуры неотделимо от инноваций, направленных на достижение бизнес-целей и, тем самым, на повышение конкурентоспособности.

Цели и задачи. Изучение состояния организационной культуры в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9» с использованием методики OSAI. Достижение поставленной цели предполагает решение следующих задач: определить тип и силу культуры, доминирующей в организации; установить сходство профилей для реальной и предполагаемой культуры с целью определения сценарий дальнейших изменений организационной культуры.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование рамочной конструкции конкурирующих ценностей, соответствующей четырем типам культуры выделяемых авторами концепции: клановой, адхократической, рыночной, бюрократической (иерархической).

Результаты и обсуждение. С помощью метода Кэмерона и Куинна и экспертной оценки была диагностирована организационная культура, существующая на данный момент в организации и желаемая в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9». В качестве экспертной группы анонимно в нем приняли участие 33 сотрудника ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9» из всех категорий и подразделений. На первом этапе работы экспертной группы было проведено анкетирование работников ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9». Опрос состоял из шести разделов с включенными четырьмя альтернативными вариантами ответов А, В, С, D, которые соответствовали определенному типу организационных культур (клановой, адхократической, рыночной или бюрократической). Необходимо было разделить 100 баллов между вариантами ответов. Затем результаты оценивались по специальной формуле с учетом всех показателей.

Полученные оценочные значения систематизированы и представлены в таблице.

Таблица 1

Профиль организационной культуры ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9»

Тип культуры	Фактическое значение	Желаемое значение
А (клановая)	27	38
В (адхократичная)	18	20
С (рыночная)	29	18
Д (иерархическая)	26	24

Итак, по таблице видно, что экспертная группа оценила уровень развития организационной культуры ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9».

Затем, на основе ранее озвученной методологии OSAI, составляется обзор существующей и желаемой организационной культуры.

Организационную культуру, которую хотим видеть, должна сформироваться в результате длительного развития, и все ее параметры должны стремиться к наилучшему значению. Чтобы увидеть отличия между текущим и желаемым уровнями организационной культуры, мы представим в виде графика (рис. 1).

Из рисунка хорошо видно, что в исследуемой ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9» существующий профиль организационной культуры представлен красным цветом, а предпочтительный – синим.

При проведении анализа полученных результатов по графе «сейчас» определено, что доминирующей организационной культурой на момент исследования является рыночная культура квадрант (С). Для нее главная задача – это достижение поставленных целей, увеличение клиентов, которая достигается высокой требовательностью руководства к своим подчиненным. Организация фокусирует внимание на внешние позиции с постоянным контролем и стабильностью.

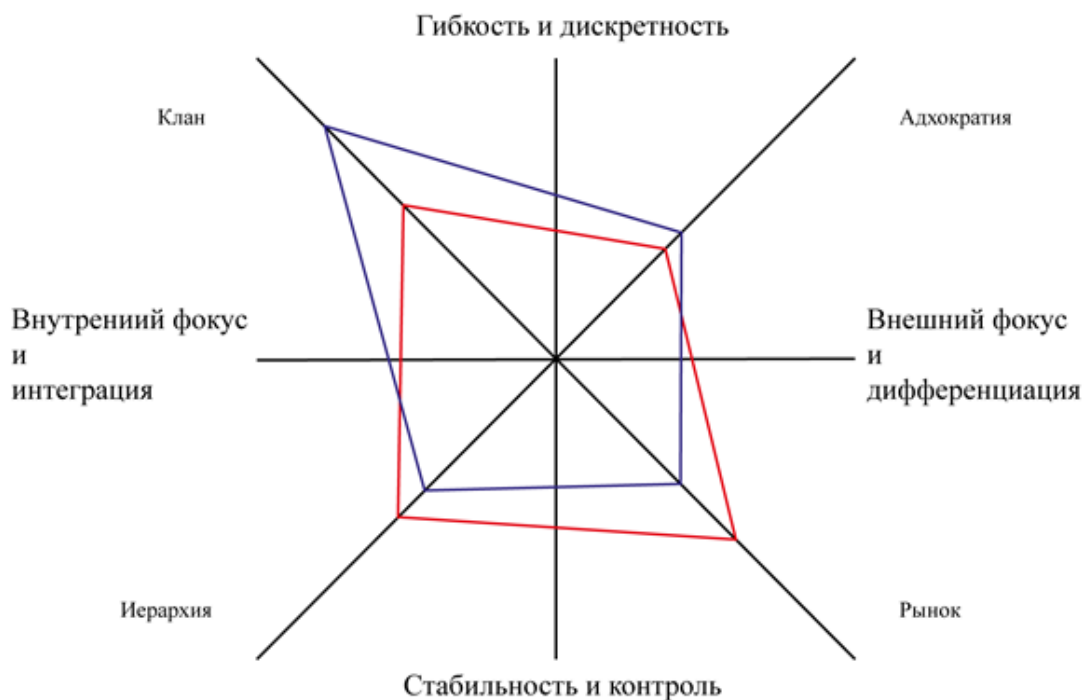


Рис. 1. Профиль существующей и желаемой организационной культуры ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9»

В меньшей степени выделяют адхократичный тип культуры (В), для которой отмечается творческий и динамический подход, поощряется инициативность сотрудников, организация акцентирует внимание на приобретении новых ресурсов.

Выводы. Таким образом, применение метода ОСАІ позволило оценить актуальное состояние организационной культуры ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9» в настоящее время: работники хотели бы уменьшить влияние рыночной культуры (С) и увеличить клановый тип культуры (А), который акцентирует внимание на гибкое принятие решений внутри организации, поддерживает традиции, руководители воспринимаются сотрудниками, как наставники, уделяется большое значение сплоченной командной работе коллектива и сохранению морального климата.

Список литературы

1. Богатырев М. Организационная культура предприятия // Проблемы теории и практики управления. – 2019. – № 1. – С. 104–111.
2. Карпов А. В. Организационная культура в теории и практике отечественного менеджмента // Журнал практического психолога. – 2017. – № 4. – С. 28–36.

УДК 338:61

РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЁРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сафаров Мунир Курбоналиевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Беликова Екатерина Владимировна

Введение. В современном мире концепция государственно-частного партнерства получила массовое распространение. Российская Федерация не стала исключением и уже в 2015 году утвердила закон о государственно-частном партнерстве. Данные значимые события имели одну

важную причину – Дефицит финансовых средств для гарантирования соответствующей высокому стандарту и повсеместной медицинской помощи, увеличение риска реализации проектов, дефицит ресурсов для реконструкции потенциальных объектов здравоохранения, стагнация в плоскости доступности медицинской помощи.

Постепенно накапливались и предпосылки, которые также остро стимулировали государство на поиск эффективной системы решения необходимых экономических вопросов в здравоохранении, такими предпосылками были и до сих пор остаются актуальными: Необходимость стимулирования развития инноваций здравоохранения, укрепления импортозамещения в медицине, обеспечение наилучшего соотношения цены и качества медицинских услуг.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что с каждым годом растет спрос на частную медицинскую помощь, платные медицинские услуги. Взаимодействие государственного сектора и частного в части объединения ресурсов, и потенциалов в рамках государственно-частного партнерства позволит активно привлекать вложения, качественно и своевременно реализовывать важные для здоровья граждан проекты, повысить качество оказания социальных услуг населению, увеличить уровень управления инфраструктурой, способствовать развитию государственных учреждений социальной сферы. При этом государственно-частное партнерство поможет эффективно использовать финансовые ресурсы, опыт и профессионализм частного сектора при сохранении государственного контроля над активами социальной сферы.

Цели и задачи. Изучить развитие взаимодействия государственно-частного партнерства.

Материалы и методы. Описания, сравнения, обобщения, дедукции, индукции, анализа и синтеза.

Результаты и обсуждение. В Российской Федерации для более активного внедрения государственно-частного партнерства в 2009 году был создан «Центр развития государственно-частного партнерства» который имел следующие функции: Экспертиза нормативных правовых актов федерального и регионального уровней в сфере инвестиций и развития инфраструктуры, сотрудничество с иностранными институтами государственно-частного партнерства, финансовое сопровождение инвестиционных проектов, повышение компетенции и формирование кадрового резерва.

В здравоохранении создается Координационный совет Минздрава России по государственно-частному партнерству.

Все это вместе с появлением закона в 2015 году помогло запустить реализацию ряд успешных проектов, которые можно разделить на три группы:

- 1) Инфраструктурные проекты.
- 2) Проекты аутсорсинга.
- 3) Крупные федеральные проекты по созданию социально значимого продукта.

Выводы. В настоящее время в нашей Великой стране реализуется свыше 150 проектов ГЧП в здравоохранении, что позволяет экономить бюджетные средства, вывести оказание медицинской помощи на новую ступень, позволяет применить опыт частного менеджмента для внедрения инноваций в здравоохранение. Привлечение частных инвестиций и регуляция со стороны государства модернизирует здравоохранение на федеральном и региональном уровне.

Наблюдается положительная динамика как по количеству заключенных соглашений о партнерстве, так и совокупной капиталоемкости.

Инвестиционно-привлекательными сферами ГЧП на рынке медицинских услуг является создание специализированной и высокотехнологичной помощи в таких направлениях – онкология, нефрология и экстракорпоральное оплодотворение. Помимо вышеперечисленных сильных положительных моментов ГЧП будет благотворно влиять и на отношение граждан к бизнес-направлению в позитивном ключе, ингибировать появление противников взаимодействия секторов, уменьшать отрицательные ассоциации за акцентирование внимания и освещении активного участия в удовлетворении поставленных задач гражданами Российской Федерации.

Хочется подчеркнуть, что укрепление участия частных инвестиций – это следствие смены парадигмы на новую M2.0. Это отход от механического, и линейного типа управления к более комплексному, творческому, направленному на нестабильность, изменчивость и неопределенность. Пусть взаимоотношения государственного и частного сектора не лишены недостатка тем не менее это переосмысление старой системы и возможности для новой.

Список литературы

1. Бедняков А. С. Государственно-частное партнерство: мировой опыт и правовое регулирование в Российской Федерации. – Москва, «Креативная экономика», 2017. 150 с.
2. Канева М. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития в Новосибирской области.
3. Сюткин М. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России // Проблемы современной экономики. 2011. № 4. С. 314–316.
4. Kent Buse, Amalia Waxman. Public-private health partnerships: a strategy for WHO. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (8). P. 748–754.
5. Rethinking public private partnerships for universal healthcare. KPMG International Cooperative. 2018.

УДК 338.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТА СТРАТЕГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ПЛАНИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Свиридова Ирина Валерьевна

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

Введение. В современном обществе одним из необходимых условий повышения конкурентоспособности учреждений здравоохранения в стране является повышение качества разрабатываемых стратегий и принимаемых стратегических решений. Методологической основой данного процесса выступает современный стратегический анализ, который системно изучает важные элементы внешней и внутренней среды и альтернативные стратегии организаций [1].

Цели и задачи. Использование инструмента стратегического анализа в планировании деятельности медицинской организации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городищенская центральная районная больница» (далее: ГБУЗ «Городищенская ЦРБ») с использованием метода SWOT-анализа.

Результаты и обсуждение. Применение метода SWOT-анализа в стратегическом планировании деятельности конкретной медицинской организации. Данный инструмент анализа позволяет использовать системный подход в стратегическом планировании деятельности медицинской организации [2].

Анализ данных позволил выделить следующие основные факторы, влияющие на развитие учреждения.

Сильные стороны: установление прямой зависимости объёма финансового обеспечения от результатов деятельности учреждения здравоохранения, внедрение современных информационных технологий.

Слабые стороны: недостаточная эффективность планирования расходов, слабая и изношенная материально-техническая база, низкий уровень исполнительской дисциплины у персонала, отсутствие командной сплочённости, дефицит кадров, низкая транспортная доступность.

Возможности: укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения при реализации национальных проектов, целевых программ, разработка и внедрение технологий

бережливого производства, наличие в регионе высокоэффективных многопрофильных стационаров, лечебно-диагностических центров, развитие информационно-коммуникативных технологий, автоматизированных систем управления.

Угрозы: увеличение разрыва между нормативной базой материально-технической обеспеченности ЛПУ по выполнению современных стандартов и объёмами финансирования, старение кадров, отток медицинских кадров из отрасли, прирост темпа финансирования отстаёт от темпов инфляции.

На наш взгляд, с учётом сложившегося положения в ГБУЗ «Городищенская ЦРБ» самой оптимальной на данный момент является стратегия выживания, так как первоначально необходимо устранить зоны неэффективного использования ресурсов, а также совершенствовать управление персоналом. В дальнейшем, при реализации предлагаемой стратегии и контроле выполнения необходимых мероприятий, может быть выбрана иная стратегия развития учреждения [3].

Можно сделать вывод, что наибольшее негативное влияние на работу организации ГБУЗ «Городищенская ЦРБ» имеют такие факторы как:

- Низкий уровень организационной культуры;
- Дефицит кадров;
- Слабая и изношенная материально-техническая база учреждения.

Для реализации стратегии выживания и совершенствования деятельности ГБУЗ «Городищенская ЦРБ» авторами были разработаны практические рекомендации.

Для повышения уровня организационной культуры необходимо приведение локальной нормативной базы в соответствие с действующими документами; актуализация фонда распорядительных документов; разработка и внедрение кодекса этики и системы ценностей учреждения.

Кадровый дефицит является большой проблемой для всей системы здравоохранения. Но, тем не менее, существуют возможности по привлечению специалистов в ГБУЗ «Городищенская ЦРБ»: участие в программах «Земский врач» и «Земский фельдшер»; привлечение выпускников школ к заключению договоров на целевое обучение в ВолгГМУ, ВМК; участие учреждения в ярмарках вакансий; размещение информации о вакансиях на сайте учреждения, комитета здравоохранения; кадровых агентств, службы занятости населения.

Реализация мероприятий, направленных на снижение кадрового дефицита, позволит получить не только медицинский, но и социальный эффект. Именно медицинские кадры, работающие с населением, повышают качество и объёмы медицинской помощи, способствуют увеличению продолжительности жизни, выявлению и снижению заболеваемости и инвалидизации граждан. Доступность медицинской помощи повышает качество жизни населения.

Следующая группа факторов, негативно влияющих на деятельность учреждения – слабая и изношенная материально-техническая база. Здесь целесообразно будет применение таких мер как: внедрение в деятельность технологий бережливого производства, создание чёткой системы планирования потребностей и затрат, участие в приоритетных проектах здравоохранения, партнёрство с предпринимателями района.

В этом случае мы можем прогнозировать экономический эффект в виде снижения издержек производства, экономии рабочего времени сотрудников, оптимизации трудовых и финансовых ресурсов.

Выводы. Реализация вышеуказанных мероприятий позволит повысить кадровую, материально-техническую обеспеченность, улучшит финансовое положение учреждения, повысит уровень лояльности сотрудников и организационной культуры, повысит качество оказания медицинской помощи населению.

Список литературы

1. Косинова Н. Н. Институциональные проблемы стратегического планирования регионов. // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем: сборник научных трудов по материалам III Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2017. – С.62–67.

2. Косинова Н. Н., Подсевакина А. К. Инструменты стратегического планирования в управлении сферой здравоохранения. // Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем: сборник научных трудов по материалам V Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2019. – С.86–94.

3. Котлер Ф. Маркетинг менеджмент / Ф. Котлер, К. Л. Келлер // Серия: Классический зарубежный учебник. – СПб.: Питер, 2015. – 800 с.

УДК 332.1

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ: НОВЫЕ ИНФРАСТРУКТУРНЫЕ И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ РОЛИ

Соболева Светлана Юльевна, к. э. н., доцент

Соболев Александр Витальевич, к. э. н.

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Университеты и в целом высшие учебные заведения стали неотъемлемой частью жизни современного общества, выполняя свою базовую функцию институционализации высшего образования. Они встроены в экономическую систему как часть рынка труда и образовательных услуг. Однако со временем роли и функционал университетов, в частности медицинских, может изменяться, что мы и наблюдаем сегодня.

Цель исследования – выявление новых инфраструктурных и институциональных ролей медицинского университета.

Материалы и методы. Материалами исследования служат публикации в открытой печати, информация сайта ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, собственные наблюдения авторов. Используются общенаучные методы познания – анализ, синтез, сравнение, обобщение.

Результаты и обсуждение. Под университетом понимается «высшее учебно-научное заведение с различными гуманитарными и естественно-математическими отделениями (факультетами)» [1]. Данное словарное определение выделяет основные функции университетов – образовательную и научную, наличие которых не вызывает сомнений. Исходя из анализа миссий университетов исследователи также выделяют социокультурную, профессиональную и воспитательную функции [2].

Относительно недавно появилась концепция предпринимательского университета, в которой он рассматривается в качестве бизнес-единицы, активно взаимодействующей с внешней микро-и макросредой [3]. Данной утилитарной идее противостоит концепция университета как производителя в первую очередь фундаментального знания, являющегося основой для выживания в современном постиндустриальном обществе [4].

Во многих работах подчеркивается способность университета к выживанию. Фактически институт, появившийся в 13 веке, сохранил свою основную функцию на протяжении столетий. Этой чертой он обязан своей особенности как формы организации – взаимодействию с большим массивом молодежи, что существенно выполнения научно-исследовательской функции. Каждое новое поколение несет в себе потенциал генерации нового знания. Так возникают подфункции – выявление талантливой молодежи, отсев, отбор, воспитание научных кадров, привлечение их в исследовательскую деятельность, развитие талантов.

В образовательном пространстве медицинский университет имеет свои особенности, связанные с наличием значительной доли практико-ориентированных предметов, а также с принадлежностью к социально-значимой отрасли. Образовательная функция имеет также свою специфику – обязательное наличие лечебной базы, тесных связей со сферой здравоохранения. Если классический университет – это часть образовательного пространства, то медицинский

одновременно с этим принадлежит и к пространству практического здравоохранения [5]. Для реализации учебного процесса непосредственно в лечебных организациях здесь чрезвычайно важны налаженные взаимодействия с отраслью. В современных условиях тесный контакт со сферой здравоохранения переходит практически в симбиоз. Заведующий кафедрой может работать в Комитете здравоохранения, руководитель медицинской организации становится заведующим кафедрой, преподаватели совмещают практическую и преподавательскую работу.

Такой порядок взаимодействия помогает решать важные задачи в кризисные моменты. Так, в период пандемии – январь–февраль 2021 года произошел резкий скачок заболеваемости среди населения. Первичная система, испытывающая и без того нехватку кадров, не смогла справиться в полной мере. Возник риск того, что пациенты могут остаться без внимания. Руководство региона обратилось за помощью к медицинскому университету, и сфера здравоохранения ее получила. Волонтеры – медики вышли на работу в call-центры, первичное звено и даже в ковидные госпитали [6].

Таким образом в условиях пандемии COVID-19 возникли новые роли и функции медицинского университета, который стал источником трудовых ресурсов для сферы здравоохранения и фактически был встроен в систему управления регионом. Следует отметить обоюдные выгоды от данного явления как со стороны университета, так и со стороны общества. Студенты на более раннем этапе начинают практическую деятельность, регион восполняет недостающий трудовой ресурс, а местное сообщество – медицинскую помощь.

Один из главных ресурсов университета – наличие и взаимодействие с массой активной, мотивированной молодежи, которая участвует в выполнении его функций. Они одновременно являются и благополучателями (в образовательной функции), и акторами, участвующими в научных исследованиях и в практической работе в медицинских организациях.

Выводы. Таким образом, сохраняя традиционные инфраструктурные функции среды формирования научных и профессиональных кадров, современный медицинский университет приобретает новые институциональные роли – кризисного ресурса сферы здравоохранения, неотъемлемой части системы управления экономикой города.

Список литературы

1. Словарь русского языка: В 4-х т. / РАН, Ин-т лингвистич. исследований; Под ред. А. П. Евгеньевой. – 4-е изд., стер. – М.: Рус. яз.; Полиграфресурсы, 1999; (электронная версия): Фундаментальная электронная библиотека <https://iknigi.net/avtor-ber-ton-klark/182080-soz-danie-predprinimatelskih-universitetov-organizacionnye-napravleniya-transformacii-ber-ton-klark/read/page-1.html>
2. Емельянова И. Н., Волосникова Л. М. Функции современных университетов: сравнительный анализ миссий отечественных и зарубежных вузов // Университетское управление: практика и анализ. Том 22, № 1, 2018. С. 85–92.
3. Кларк Б. Р. Создание предпринимательских университетов: организационные направления трансформации. М.: Высшая школа экономики, 2011. 240 с.
4. Ридингс Б. Университет в руинах. М., 2009. 304 с.
5. Spatiotemporal Aspect of the Cluster System Evolution // Olga A. Lomovceva, Boris A. Tkhorikov, Olga A. Gerasimenko, Elena A. Gukova, Svetlana Y. Soboleva, Natalya A. Mamatova / Helix Vol. 8 (1): 2621–2625.
6. Волонтеры-медики VS Covid-19: итоги работы за месяц в колл-центре и по оказанию адресной помощи // URL: <https://old.volgmed.ru/ru/news/content/2020/04/23/8909/>

УДК 338.462

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Тихонова Алена Игоревна

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

Введение. Для определения основных подходов к оценке инновационного потенциала, а также его влияния на перспективы дальнейшего развития организации, необходимо рассмотреть понятие «инновационный потенциал», его ключевые составляющие и специфику, конкретно для системы здравоохранения [1].

Результаты и обсуждение. В современной практике роль инновационной деятельности возрастает во всех сферах общественной жизни. Инновационная деятельность способствует повышению экономической эффективности деятельности людей [3].

С позиции аутентичного перевода понятия «инновация», для использования в научных целях – это введение нового, процесс внедрения новшества, новации. В научной практике инновационным процессом называется процесс преобразования новшества в инновацию.

Инновационный потенциал как понятие и явление науки достаточно многогранно.

Кондратьев Н.Д. основывался на объяснении закономерных связей «повышательных» и «понижательных» волн экономических циклов, «волн технических изобретений», а также возможностей практической применимости исследуемых процессов.

Йозеф А. Шумпетер стал развивать понятие «инновация» как новую экономическую категорию. При этом под инновацией он понимал трансформацию хозяйства на любой момент времени с целью внедрения новшеств, современных методов производства, новых видов товара и т. д. для последующего использования, в результате чего предприниматель получает прибыль, так как без развития не будет прибыли, а без прибыли не будет и развития» [4].

При этом, для того чтобы новая идея получила воплощение в виде новой технологии или нового продукта, она должна обладать критериями научно-технической новизны, практической применимости и коммерческой реализуемости. Эти критерии значат, что сама по себе новая идея, как бы формализована и представлена в схемах и чертежах, но это еще не инновация (новшество), до тех пор, пока она не воплощена в практических продуктах, услугах или процессах [4].

Кадровый потенциал играет особую роль в инновационном развитии современной медицинской организации, так как кадровый потенциал – это резерв, требующий отдельной системы своего управления (Е.А. Мильская). Задачами, влияющими на его эффективное использование на предприятиях, использующих инновационный тип развития, являются: квалифицированное развитие персонала организации; создание условий для оптимально эффективной работы кадрового состава [2]. Только при оптимально правильном проведении оценки кадрового потенциала возможен переход на новый уровень развития и установления социальной значимости любой организации. Для наиболее эффективного не только функционирования, но и развития организации инвестировать средства необходимо не только в управление и производственно-технологические процессы, но и в непосредственно человеческий капитал, а также в его оптимальную оценку и стабильное развитие [3].

Выводы. Таким образом, внутренний потенциал организации включает как деятельность по производству товаров и предоставлению услуг, так и способность организации рационально использовать имеющиеся ресурсы с целью преобразования их в продукты и услуги в результате своей деятельности, а также организационные технологии и общее руководство. Ресурсный потенциал рассматривается отдельно по каждому из компонентов: материально-технические, информационные ресурсы, финансовые и трудовые ресурсы.

Список литературы

1. Коробейников, О. П. Роль инноваций в процессе формирования стратегии предприятия / О. П. Коробейников, А. А. Трифилова, И. А. Коршунов // Менеджмент в России и за рубежом. – 2009. – № 3. – С. 29Ц44.
2. Мильская, Е. А. Анализ кадрового потенциала инновационного предприятия / Е. А. Мильская // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Экономические науки. – 2009. – № 6–2 (90). – С. 102–108.
3. Пшеничников, С. В. Инновационная деятельность и её структура / С. В. Пшеничников // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. – 2010. – № 2. – С. 72–75.
4. Садовой, М. А. Современные аспекты инновационной деятельности в здравоохранении / М. А. Садовой, В. В. Кан, Р. А. Казаков [и др.] // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 4. – С. 82.

УДК 614.2

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ СОЗДАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ» В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Фарманян Кристина Робертовна, Попова Александра Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Хало Любовь Анатольевна

Введение. В 2019 году стартовал федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» в рамках национального проекта «Здравоохранения», целью которого является снижение младенческой смертности. Нужно отметить, что вклад в детское здравоохранение осуществляется в рамках других федеральных проектов.

Цели и задачи. Проанализировать опыт реализации работы регионального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» на региональном уровне (Волгоградская область). Для достижения данной цели, поставлены следующие задачи:

1. Определение целей и задач региональной программы (Волгоградская область), направленных на достижение федерального проекта.
2. Выяснение и оценка эффективности достигнутых результатов регионального проекта на примере медицинской организации.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужила аналитическая работа с нормативно- правовыми актами, методическими указаниями и научными публикациями. В процессе исследования были использованы методы анализа, синтеза и сравнения.

Результаты и обсуждение. Прежде всего нужно отметить, что региональный проект направлен на:

- улучшение материально-технической базы учреждений родовспоможения и детства;
- повышение в амбулаторных условиях качества и доступности медицинской помощи детскому населению, а также удовлетворенности оказанием медицинской помощи;
- развитие профилактического направления в педиатрии и родовспоможении;
- повышение квалификации кадров.

Основные направления деятельности регионального проекта включают:

1. Подготовка врачей-гинекологов, неонатологов, анестезиологов и врачей интенсивной терапии и педиатров в симуляционном центре акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2. Развитие материально-технической базы детских поликлиник и отделений детской поликлиники медицинских организаций, находящихся в ведении Комитета здравоохранения Волгоградской области, в том числе дооснащение медицинскими изделиями и внедрение организационно-планировочных решений внутренних помещений, обеспечивающих комфортность пребывания.

3. Проведение ежегодных (не менее шести в год) информационно-коммуникационных мероприятий с несовершеннолетними и их родителями (законными представителями).

4. Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и послеродового периода, в том числе по родовым сертификатам [1].

Можно привести пример реализации проекта в системе здравоохранения на базе детской поликлиники № 3 Волгоградской области. Прежде всего, следует отметить, что к концу года государственное учреждение здравоохранения будет оснащено более чем 40 единицами современного медицинского оборудования. в доме № 3 по улице Шурухина, д. 24а, проведен ремонт для размещения цифрового рентгеновского аппарата. Это 1 из 10 рентгеновских аппаратов, которыми оснащены детские поликлиники Волгоградской области. В медицинском учреждении есть удобные зоны ожидания и открытая регистратура, потоки здоровых и больных пациентов разделены. С прошлого года в клинике и ее отдельных зданиях действует единый колл-центр, с помощью которого родители могут получить необходимую информацию и записаться на прием к врачу [2].

Узкие специалисты осуществляют приём в отремонтированных и оборудованных в соответствии с новыми требованиям кабинетах. В 2020 году в лечебное учреждение было доставлено новое оборудование для таких кабинетов как офтальмологический, отоларингологический и ультразвуковой диагностики. Оснащение новым медицинским оборудованием позволяет проводить полное амбулаторное обследование для детей и подростков, а также оказать медицинскую помощь пациентам с особенностями развития на дому, если ранее они могли получить медицинскую помощь только в стационаре или в других поликлиниках города.

Выводы. Таким образом, региональный проект направлен на повышение доступности и качества медицинской помощи детям всех возрастных групп. Повышение квалификации специалистов по перинатологии и педиатрии в симуляционном центре повысит качество медицинской помощи новорожденным и окажет непосредственное влияние на снижение младенческой смертности. Современное оборудование детских поликлиник, создание и обеспечение в них комфортных условий пребывания привлечет родителей для более полного охвата детей. Снижение детской смертности будет достигнуто за счет повышения эффективности работы медицинских организаций. Эти меры не только помогут снизить смертность, но и помогут снизить инвалидизацию детей и укрепить их здоровье.

Список литературы

1. Официальный сайт комитета здравоохранения Волгоградской области. – URL: <http://volgazdrav.ru/#> (дата обращения: 05.10.2022).

2. Официальный сайт Детской поликлиники № 3. – URL: <http://dp3volga.ru/> (дата обращения: 05.10.2022).

УДК 338.262.7

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРИНЦИПОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Фарманян Кристина Робертовна

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

Введение. Главной целью управленческой деятельности в сфере здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения на основе повышения доступности, качества медицинской помощи и развития профилактической направленности в здравоохранении путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинской помощи, соответствующей уровню заболеваемости, потребностям населения, современному развитию медицинской науки и эффективному использованию имеющихся ресурсов региона.

Цели и задачи. Выявление особенностей управленческих решений на основе принципов бережливого производства в учреждениях здравоохранения. Для достижения поставленной цели были поставлены и решены следующие задачи:

- рассмотреть принципы бережливого производства здравоохранении;
- проанализировать деятельности ГУЗ «Поликлиника № 2» в рамках проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» («Бережливая поликлиника»).

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода. При проведении исследования использовались такие методы как анализ, синтез, наблюдение.

Результаты и обсуждение. Концепция бережливого производства в сфере здравоохранения подразумевает модернизацию работы медицинских учреждений и положительное оценивание пациентов качества оказываемых услуг за счет упрощения записи к специалистам, сокращения времени ожидания, разделения потока пациентов и предоставления услуг значительно большему количеству клиентов при неизменном объеме ресурсов [1]. В ходе реализации проекта поликлиники активно переходят на новую модель работы с пациентами, благодаря которой можно минимизировать или исключить очереди в регистратуре и к специалистам, создавая комфортные условия пациентам во время ожидания, а также улучшить организацию рабочих мест медицинского персонала.

Участие российских медицинских организаций в проекте «Бережливая поликлиника», или, иначе, «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», позволило поликлиникам оптимизировать процесс оказания медицинской помощи и наладить эффективную работу медицинского персонала. В результате удалось добиться рационального использования трудовых ресурсов, пересмотрена маршрутизацию пациентов [2]. В итоге значительно повысилась доступность медицинской помощи, более рационально организовано рабочее пространство врачей. Пациенты имеют возможность предварительно записаться на прием к любому специалисту всеми доступными методами: с помощью электронной записи к врачу через сеть Интернет или в регистратуре.

Пациенты медицинских учреждений Волгоградской области уже получили положительные результаты реализации концепции «Бережливая поликлиника». Так, например, 1 апреля 2019 года при поддержке Комитета здравоохранения Волгоградской области, ГУЗ «Поликлиника № 2» вступила в новый проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», с целью повышения удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

В силу того, что при внедрении приоритетного проекта осуществляется картирование потока создания ценности с анализом текущего состояния процессов, выявление проблем и работа с ними, а также составление карты целевого состояния, то были организованы ежедневные наблюдения за работой медицинского персонала ГУЗ «Поликлиника № 2» при процедуре заборе крови.

Можно отметить, что после внедрения принципов бережливого производства произошли существенные изменения в ГУЗ «Поликлиника № 2». Так, раньше в процессе выдачи явки пациенту на забор крови каждому врачу выдавалось лимитированное количество явок на забор крови, что вызывало у одних недобор, а у других перебор. На данный момент регистратура в ЕГИСЗ формирует расписание на прием крови на пять дней вперед. Расписание: длительность 2 часа. Лимит определяется по текущей потребности кратно 50 (1 медсестра – 50, 2 – 100, 3 – 150). Предусмотрена возможность коррекции объема явок на день и распределения их по временным интервалам.

До внедрения бережливый принцип в ГУЗ «Поликлиника № 2» были большие очереди. Световой сигнал вызова на входе загорается быстро, пациенты не всегда успевали зафиксировать. На сегодняшний день в программе «Электронная очередь» оператор открывает блок записи/страничку соответствующий времени, указанному в явке пациента и назначает ему номер электронной очереди в порядке прихода пациентов из одного временного интервала / блока.

Стоит отметить, что произошел пересмотр оформления медицинских документов. При заборе крови оператор распечатывал направление и привязывал к нему штрих код. Медсестра вручную заполняла от 1 до 5 журналов (зависит от вида анализов). В настоящее время пациенты приходят, регистрируются у оператора. Предусмотрена возможность поиска оператором пациента в базе данных как по ФИО, так и по номеру карты.

В рамках проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», реализуемого в медицинском учреждении вошло решение проблемы смешанной очереди для всех пациентов. Была предложена особая рассортировка на здоровых, кому нужна справка или медосмотр, на больных вирусными заболеваниями и больных, не зараженных вирусами. Данный метод привел к разгрузке терапевтов, к повышению удовлетворенности пациентов, к снижению времени нахождения пациента в ГУЗ «Поликлиника № 2». Для этого следовало провести перепланировку помещения, чтобы каждый вид очереди мог, находясь в одном коридоре, получить доступ к своему врачу. Например, для проведения диспансеризации был выделен этаж, в котором будут находиться все необходимые специалисты.

Выводы. Таким образом, принципы бережливого производства в учреждениях здравоохранения позволяют обеспечить рост производительности и эффективную командную работу персонала медицинской организации, сокращение времени ожидания в очереди пациентом, уменьшение затратной части и снижение количества медицинских ошибок, повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, а персонала медицинской организации – выполняемой работой.

Список литературы

1. Эффективное использование ресурсов. бережливое здравоохранение: учеб. пособие / сост.: С. Г. Ахмерова, Г. Х. Ахмадуллина, В. В. Викторов, Р. Я. Нагаев, А. С. Рахимкулов, О. В. Романова – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России 2018. – 81 с.
2. Метельская А. В., Камынина Н. Н. Развитие концепции «бережливой поликлиники» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № S1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-kontseptsii-berezhlivoy-polikliniki> (дата обращения: 05.10.2022).

УДК 65.01

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Цыбенко Анастасия Юрьевна

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

Введение. Одна из реальных возможностей повышения эффективности и качества медицинского обслуживания населения заложена в сфере управления. Управленческое решение является основным инструментом управляющего воздействия, так как именно разработка правильного решения, его принятие, реализация и дальнейший контроль влияют на деятельность всего аппарата управления в целом. Исходя из этого, появляется необходимость в совершенствовании элементов данной системы.

Цели и задачи. Рассмотрение направлений совершенствования системы принятия управленческого решения за счет усовершенствования её элементов через разработку комплекса соответствующих мероприятий и оценке их эффективности.

Материалы и методы. Методологической базой служат труды Бусова В. И., Зуб А. Т., Аверьянова Е. А., Тропина О. И., Балюбаш В. А., Стегаличева Ю. Г и других.

Бусов В. И. в учебном пособии рассматривает управленческие решения с позиций функционального разделения системы управления организацией, их цикличности и иерархичности, условий неопределенности и риска, а также использует опыт руководящей работы [1].

Зуб А. Т. в своей работе описывает использование технологии развития принятых решений и реализация их через умение подобрать подходящие управленческие методы, инструменты принятия решений, прогноз, оценка рисков и управление реализацией решений в условиях неопределенности [2].

В трудах Аверьяновой Е. А. рассматриваются модели принятия управленческих решений [3].

В учебном пособии Тропиной О. И. исследована система принятия управленческих решений и рассмотрен процесс принятия решений в зависимости от типологии проблемы [4].

А в исследовательских работах Балюбаш В. А. и Стегаличева Ю. Г. рассмотрен процесс автоматизации системы управления и принятия управленческих решений [5].

Результаты и обсуждение. Для успешной работы в условиях высокой конкуренции на рынке медицинских услуг целесообразно совершенствование системы принятия управленческого решения с помощью:

1. Совершенствования структуры принятия управленческого решения;
2. Совершенствования функции управления в системе принятия управленческого решения;
3. Введения электронного документооборота.

Первым мероприятием в системе принятия управленческого решения является совершенствование структуры принятия управленческого решения. Основная проблема наблюдается в восходящем потоке из-за возможной географической разрозненности структурных подразделений, что в значительной степени сказывается на скорости принятия управленческого решения. Поэтому, целесообразно предложить внедрение электронной документации, что в значительной степени увеличит скорость и упростит коммуникационный процесс, как между структурными подразделениями, так и между заместителями и главным врачом медицинской организации.

Вторым мероприятием в системе принятия управленческого решения может являться совершенствование функций управления, в частности, функции координации. Данная функция управления осуществляется в лице главного врача, его заместителей и заведующих структурными подразделениями медицинской организации, что, в значительной мере, усложняет распределение обязанностей между сотрудниками и исполнителями на всех уровнях организации.

На наш взгляд, целесообразно централизовать эту функцию со стороны главного врача медицинской организации.

Третьим мероприятием по совершенствованию системы принятия управленческого решения является введение электронного документооборота, что, в значительной мере, скажется на повышении его эффективности.

Выводы. Таким образом, предложенные нами мероприятия повысят производительность сотрудников за счёт увеличения объёмов и качества обслуживания, что приведет к повышению лояльности пациентов и улучшит имидж медицинской организации.

Список литературы

1. Бусов, В. И. Управленческие решения : учебник для вузов / В. И. Бусов. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 254 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-01436-5. – Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/488770> (дата обращения: 28.09.2022).

2. Зуб, А. Т. Принятие управленческих решений : учебник и практикум для вузов / А. Т. Зуб. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2022. – 332 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-06006-5. – Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/489217> (дата обращения: 28.09.2022).

3. Аверьянова Е. А. Эффективные методы и модели процесса принятия решений на примере компании // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 3. Ч. 2. [Электронный ресурс]. URL: <https://ekonomika.snauka.ru/2014/03/4755> (дата обращения: 28.09.2022).

4. Тропина О.И. Управленческие решения: учебно-методическое пособие / О.И. Тропина, БНТУ, 2019 г. 26 с. [Электронный ресурс]. URL: https://rep.bntu.by/bitstream/handle/data/62875/Upravlencheskie_resheniya.pdf;jsessionid=13AEB7ADDAE8668660AA19F71584771B?sequence=1 (дата обращения: 28.09.2022)

5. Балюбаш В. А., Стегаличев Ю. Г. Разработка и реализация модели на основе экспертных оценок : учебное пособие. / В. А. Балюбаш, Ю. Г. Стегаличев, С. Е. Алешичев, М. Б. Абугов. – СПб.: НИУ ИТМО; ИХиБТ, 2017. – 582 [Электронный ресурс]. URL: https://www.studmed.ru/balyubash-v-a-stegalichev-yu-g-i-dr-razrabotka-i-realizaciya-modeli-na-osnove-ekspertnyh-ocenok_f83c8280b4e.html (дата обращения: 28.09.2022)

УДК 378.1:338.2

КОНЦЕПЦИЯ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В РОССИЙСКИХ ВУЗАХ

Шевченко Янина Андреевна

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

Введение. В статье рассмотрено понятие «бережливое производство», раскрыты сущность, значимость и инструменты бережливого производства в высших учебных заведениях.

Цели и задачи. Изучение деятельности Вузов и разработка рекомендаций по их совершенствованию с использованием концепции бережливого производства.

Материалы и методы. Теоретической и методической основой исследования явились труды отечественных и зарубежных авторов. Проведенные исследования базируются на системном и ситуационном анализе, методах сравнения и сопоставления информации.

Результаты и обсуждение. В настоящее время Вузы функционируют в условиях конкуренции. Особенно острой она является в сегменте исследовательских университетов, ориентированных на рейтинги как на показатели оценки эффективности. Также к этим рейтингам стали обращаться и абитуриенты при выборе университета для поступления, управленцы при принятии

решений о распределении ключевых ресурсов, и эксперты при определении наиболее динамично развивающихся университетов и систем.

Эти факторы необходимо учитывать вузам при формировании собственной стратегии развития для обеспечения собственной конкурентоспособности на рынке образовательных услуг и искать новые эффективные подходы к управлению. Одним из наиболее перспективных подходов является использование концепции бережливого производства [2].

Бережливое производство – это концепция управления предприятием, направленная на постоянное стремление организации к минимизации всех видов потерь. Бережливое производство предполагает вовлечение в процесс оптимизации каждого сотрудника, а также максимальную ориентацию на потребителя [2].

Концепция бережливого производства включает в себя множество инструментов. Основными из которых являются:

- непрерывное улучшение (кайзен);
- карты движения материальных ценностей (канбан);
- точно вовремя;
- организация рабочих мест (5s);
- быстрая переналадка;
- стандартные операционные процедуры;
- всеобщее производительное обслуживание;
- встроенное качество и др.

Использование инструментов бережливого производства в образовательной организации способствует:

- улучшению образовательного процесса, оптимизации работы;
- сокращению временных, финансовых и других видов потерь;
- повышению качества образования;
- повышению трудоспособности сотрудников и сохранению человеческих ресурсов;
- обеспечению стандартизации и визуализации работы;
- развитию образовательной организации.

Для наиболее эффективного результата параллельно с реализацией бережливого производства рекомендуется создание корпоративной культуры в вузе, предполагающую включение в систему норм образовательной организации ценностей бережливого производства, ориентацию на изменения в бизнес-процессах, стремление к постоянному совершенствованию своей деятельности [3].

Выводы. Модель управления университетом, основанная на бережливом производстве, формирует бережливые компетенции, развитие личности. Внедрение концепции позволит вузу сформировать условия для развития университета, улучшения качества внутренних процессов, а также сможет повлиять на увеличение уровня конкурентоспособности университета на рынке образовательных услуг.

Список литературы

1. Гайворонская, С. А. Практика внедрения бережливых технологий в систему управления вузом: проектный подход / С. А. Гайворонская // Университетская практика. – 23 (4). – С. 105.
2. «Бережливое производство» / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Бережливое_производство дата обращения – 12.10.2022 г.
3. Аджиенко В. Л., Верменникова Л. В., Давыдова Н. С., Куижева С. К. Бережливый вуз – инновационная модель управления университетом // Новые технологии. – 2021. – № 17 (2). – С. 111–120.

УДК 614.21

МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Шутов Михаил Михайлович, Штокалова Светлана Владимировна

Россия, Донецкая Народная Республика, Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Основная задача здравоохранения – это эффективная деятельность по сохранению или улучшению здоровья населения на основе доступной и качественной медицинской помощи в пределах имеющихся ресурсов. В условиях, постоянно растущих потребностей людей в повышении качества диагностики и лечения, возникает острая необходимость в контроле и анализе деятельности медицинских организаций. Жители, пользующиеся медицинскими услугами не безразличны к вопросам затрат и конечных результатов труда лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Поэтому тщательное обоснование принимаемых решений руководителями этих организаций требует постоянного системного осмысления управления, на базе доказательных научно-практических подходов к показателям конечных результатов лечения, с учетом меняющихся экономических условий [1].

Цель исследования. Предложить методику оценки эффективности деятельности ЛПУ, для упрощения работы руководителей при принятии управленческих решений по достижению определенных целей или поставленных задач.

Материалы и методы. В отличие от других отраслей народного хозяйства, результаты тех или иных действий здравоохранения анализируют с трех точек зрения: медицинской, социальной и экономической эффективности. Эффективность – это категория, которая носит управленческий характер и отражает в первую очередь степень достижения поставленных целей. Данная величина относительна и возникает вследствие сопоставления результата с поставленными целями или результата со средними величинами по региону, отрасли, страны [2].

Под **медицинской эффективностью** (МЭ) понимают степень достижения поставленных целей лечебным учреждением в области профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных. Эта эффективность измеряется множеством специфических показателей, которые нельзя сравнивать из-за не корректности расчета исчисления процессов [3, 4]. Мы рекомендуем метод индексации показателей после сравнения их со средними величинами по отрасли. С помощью суммирования индексов можно провести оценку медицинской эффективности двух или более ЛПУ. Можно использовать формулу:

$$МЭ = \frac{\text{(число случаев достигнутых медицинских результатов)}}{\text{(число оцениваемых случаев)}}$$

Социальная эффективность (СЭ) непосредственно связана с медицинской эффективностью и измеряется показателями общественного здоровья: рождаемость, смертность, естественный прирост населения, продолжительность жизни, индекс здоровья.

В международной экономической практике широко используют: индекс человеческого развития (ИЧР), индекс оценки здоровых лет жизни и медико-социальных потерь общества/страны в единицах DALY [5].

Одним из основных критериев социальной эффективности выступает показатель доступности и степени удовлетворенности населения медицинской помощью (индекс удовлетворенности).

$$СЭ = \frac{\text{(число случаев удовлетворенности пациента медицинской помощью)}}{\text{(число оцениваемых случаев)}}$$

Экономическая эффективность (ЭЭ) – это вклад, который вносит здравоохранение в рост национального дохода путем улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни экономически активного населения. Экономическая эффективность – это получение выгоды в результате ресурсных затрат на лечебно-профилактические программы. Вот почему в лечебных учреждениях с коммерческой формой деятельности экономический эффект можно оценивать полученной прибылью, но при условии, если она будет использована на развитие здравоохранения, а не накапливаться на банковских счетах [6].

Для расчета экономической эффективности в медицинской отрасли можно использовать формулу:

$$\text{ЭЭ} = \frac{\text{(результаты медицинской деятельности ЛПУ)}}{\text{(ресурсные затраты)}}$$

Экономической эффективностью можно быть предотвращенный ущерб финансовых потерь/убытков в результате применения комплекса медицинских мероприятий. Тогда и ЭЭ можно рассчитать по формуле:

$$\text{ЭЭ} = \frac{\text{(предотвращенный экономический ущерб)}}{\text{(ресурсные затраты)}}$$

Выводы. Деятельность любой медицинской организации имеет конкретный конечный результат, который определяется эффектом и эффективностью. Эффективность – как относительный показатель какого-либо результата может быть только положительной величиной. Следует заметить, что ни один из вышеперечисленных показателей эффективности в отдельности, сам по себе, не является достаточным для оценки конечных результатов деятельности медицинских учреждений. Только совместное обобщение всех видов эффективности дает право корректного применения управленческого решения для улучшения работы либо дальнейшего развития ЛПУ.

Список литературы

1. Нестеров О.А. Уроки контроля качества медицинской помощи / О. Нестеров // Главный врач. – 2016. – № 12. – С. 21–27.
2. Бениова С. Н. Применение комплексной системы показателей для оценки эффективности деятельности многопрофильного стационара / С. Бениова, П. Кику, М. Ли. – Владивосток: Материалы III съезда статистиков. г. Москва. – 2020.
3. Вялкова Г. Показатели эффективности деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений / Г. Вялкова, В. Флак // Главный врач. – 2014. – № 6. – С. 69–70.
4. Вялкова Г. Показатели эффективности деятельности стационара / Г. Вялкова, В. Флак // Главный врач. – 2011. – № 7. – С. 71–72.
5. Артюхов И. П. Экономический анализ медицинских учреждений / И. Артюхов, Т. Морозова, И. Денисенко, Е. Юрьева: Уч. пособ. – Ростов н/Д: Феникс; Красноярск: Изд. Проекты, 2006. – 112 с.
6. Адизес И. Стили менеджмента – эффективные и неэффективные / Ицхак Кондерон Адизес: Пер. с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2009. – 199 с.

УДК 338.28

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Юшин Илья Алексеевич

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

Введение. На сегодняшний день повсеместно используются современные инструменты и технологии во всех сферах жизни общества, не исключение и сфера медицины. К таким инструментам относится маркетинговая информационная система – МИС.

МИС – это система, включающая в себя точный сбор актуальной информации, ее анализ, хранение и использование для маркетингового планирования и контроля в различных сферах деятельности [1].

Наличие собственных МИС необходимо для отслеживания причин изменения различных показателей внутренних процессов клиники и принятия взвешенных управленческих решений с учетом специфики медицинской сферы. Грамотное и конкурентоспособное управление, своевременный и качественный анализ ситуации дают преимущества клинике:

- улучшение качества предоставляемых услуг,
- оптимизация списка услуг,
- повышение удобства пользованием услуг для пациентов,
- снижение нерациональной финансовой нагрузки,
- улучшение имиджа организации [1].

Разработка собственных МИС позволяет привлечь большее количество потенциальных клиентов, квалифицированных и мотивированных кадров, а также внедрить часть прибыли в последующее развитие клиники.

Цели и задачи. Сформировать маркетинговую информационную систему принятия управленческих решений в медицинской организации.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- исследование базовых подходов структурного формирования, работы, а также модернизации МИС;
- анализ методов разработки структурных алгоритмов и взаимосвязей внутри системы;
- разработка системы и анализ полученного результата;

Материалы и методы. Основным материалом для рассмотрения является информация. Информация рассматривается преимущественно внутренняя, но не является исключением использование в том числе внешней информации.

МИС вне зависимости от сферы деятельности включает: запись внутренней информации, информация о наблюдении и внешнюю информацию (как правило, маркетинговые исследования). Под внутренней информацией подразумевается получение информации в виде предложений и жалоб клиентов, отчетов об оценке услуги-продажа и др. [2].

Маркетинговая информация разделяется по периодичности ее возникновения и сбора на постоянная, переменная, которая меняется в зависимости от изменения условий, и эпизодическая (возникает в единичном случае) [2].

Помимо этого, внешняя информация может включать справочную, нормативную, сигнальную (как правило, возникает в ходе отклонений от плана развития) и рекомендательную (прогнозы, выбор приоритетных услуг, выбор ниши в рамках рынка медицинских услуг) [3].

Полученную информацию собирают и анализируют для дальнейшего планирования работы медицинской организации. Для анализа маркетинговой информации применяется четыре системы:

- система внутренней отчетности – суммы прибыли и издержек;
- система сбора внешних данных. Для данной системы характерно общий анализ маркетинговой информации;
- система анализа маркетинговых данных – набор методов анализа данных [2].

Во многих сферах основными методами сбора информации являются наблюдение, эксперимента и опрос.

В ходе анализа также рассматривается процесс интеграции информационной системы как средства воздействия на принятие управленческих решений.

В процессе исследования формирования МИС в сфере здравоохранения были использованы такие методы, как сбор и анализ информационных источников, описание, обобщение.

Результаты и обсуждение. В современных компаниях менеджерам по маркетингу достаточно сложно динамично принимать точные решения. Факторы, которые дают понимание о принятии точных и надежных решений и о неизбежности интеграции МИС в любые сферы деятельности, в том числе здравоохранение:

1. Обязательное быстрое реагирование;
2. Сложная и масштабная рыночная деятельность;
3. Эффективное использование материального и кадрового ресурса. В сфере здравоохранения материальным ресурсом является современное медицинское и диагностическое оборудование.
4. Повышенные ожидания со стороны клиентов.

МИС выполняют три основных задачи, которые необходимы для точного и надежного управления современными компаниями в здравоохранении.

Ниже представлены данные задачи:

1. Определение информации, необходимой для интеграции и функционирования МИС;
2. Генерация информации через информационные ресурсы;
3. Представление сгенерированной информации о предпочтительном времени и форме принятия решений.

Для развития сферы медицинских услуг необходимо выполнять эти основные задачи, поэтому необходимо сформировать и интегрировать МИС в медицинской организации [1, 3].

Выводы. В нашей стране формирование МИС в сфере медицины проходит достаточно сложно. Для этого требуется большее количество времени и специализированные кадровые ресурсы.

Еще сложнее интеграция МИС проводится в государственных медицинских учреждениях по причине ограниченности бюджета и отсутствием квалифицированных кадров. Медицинские работники государственного медучреждения не могут взять образование МИС на себя по причине отсутствия знаний в сфере медицинского маркетинга и загруженности обязанностями [1].

Образование в сфере медицинского маркетинга в России очень поверхностное и не дает практических навыков при планировании деятельности медицинской организации. Исходя из этого необходимо четко определить потребности сферы медицины и разработать одновременно гибкую и профильную маркетинговую информационную систему опираясь на мнение и пожелания со стороны пользователя.

Список литературы

1. Marketing information systems in the health sector: a practice in hospitals in turkey and jordan / Yakup Durmaz // International journal of computers & technology. Vol. 15, No. 2. 2015.
2. Кучеренко, В. З. Маркетинг здравоохранения – система регулирования рынка медицинских услуг / В. З. Кучеренко. – М., 2010.
3. Автоматизация процессов, цифровые и информационные технологии в управлении и клинической практике лечебного учреждения: научные труды / Под ред. О. Э. Карпова. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 388 с.

УДК 338.054.23

ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Кассем Али Хуссейн

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

Введение. Вопросы менеджмента в здравоохранении на сегодняшний день очень актуальны ввиду коммерциализации отрасли, децентрализации государственной власти на уровне территорий и, как следствие, повышения уровня автономии медицинских организаций (МО). Одним из таких вопросов является проблема эффективности управления медицинскими организациями. Важность этой проблемы обуславливается рядом решаемых задач, одной из которых является достижение высокой продуктивности отдельных учреждений и системы здравоохранения в целом.

Цели и задачи. Выявить проблемы эффективности управления медицинскими организациями, проанализировать научные исследования в этой области.

Материалы и методы. Изучение научной литературы с использованием баз данных сборников научных работ.

Результаты и обсуждение. На эффективность управления медицинской организацией влияет ряд внутренних и внешних факторов. К ним можно отнести, прежде всего, размытые границы между функциями главного врача и управленца. Руководитель МО уже не может оставаться просто врачом, а должен владеть полным набором навыков менеджера. Занимая эту должность, человек становится менеджером в здравоохранении – профессиональным управленцем, а экономические и управленческие знания должны занимать в его работе ведущее место. Далее стоит говорить о такой проблеме, как отсутствие возможности карьерного роста. Зачастую выдвижение тех или иных сотрудников на руководящие должности не основано на каких-либо объективных факторах, что формирует бюрократическую систему управления, которая не является эффективной для данной отрасли и служит основой для авторитарного стиля руководства. Другой немаловажной проблемой является наличие двухканального финансирования, свойственного для отечественной системы здравоохранения [2]. Данный подход требует грамотного управления финансовыми ресурсами медицинской организации, особенно в условиях дефицита финансовых средств, когда экономическая составляющая медицинского обслуживания становится все более значимой. В таком случае руководство организации направляет свои усилия на поиск дополнительных источников финансирования, выявление финансовых резервов. Чаще всего этого пытаются достичь за счет комплексного статистического и финансового контроля расходов и доходов медицинских организаций и оптимизации лечебного процесса [1].

Выводы. Таким образом, в ходе исследования удалось выявить ряд важных и актуальных проблем эффективности управления медицинскими организациями. К ним относятся размытые границы между функциями главного врача и управленца, отсутствие возможности карьерного роста, как одного из важнейших мотивационных факторов, а также трудности в финансовом управлении ресурсами МО. На данный момент список не является исчерпывающим, однако уже имеется достаточно направлений для приложения усилий по увеличению продуктивности системы здравоохранения.

Список литературы

1. Бегун, Т. В. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении / Т. В. Бегун, Д. Н. Бегун. – Текст: электронный // Молодой ученый. – 2017. – № 22 (156). – С. 416–418. – URL: <https://moluch.ru/archive/156/44144/> (дата обращения: 29.10.2022).
2. Седова М. Л. Нормативно-подушевое финансирование в здравоохранении / М. Л. Седова. – Текст: электронный // Финансы и кредит. – 2009. – № 23 (359). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/normativno-podushevoe-finansirovanie-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 30.10.2022).

УДК 65.014

ПРИНЦИПЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тихонова Анжелика Леонидовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента
Днепровская Ирина Валерьевна

Введение. Если рассматривать реализацию международного стандарта ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) в учреждениях здравоохранения, то предполагается, что внедрение системы менеджмента качества обеспечит условия для постоянного улучшения процессов оказания медицинских услуг, стабильное повышение их качества, раскроет потенциал медицинской организации, позволит гибко реагировать на изменения требований пациентов и повысит конкурентоспособность организации.

Цель. Исследование принципов внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации, согласно стандарту ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015).

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, методика экспертных оценок. Проанализированы информационные и аналитические материалы российских и зарубежных источников, национальный стандарт Российской Федерации «ГОСТ Р ИСО 9001-2015» и данные внедрения системы менеджмента качества на примере различных медицинских организаций.

Результаты и обсуждение. ISO 9001 определяется как международный стандарт, представляющий требования к системе менеджмента качества (СМК). Организации опираются на данный стандарт в своей работе, чтобы продемонстрировать способность последовательно предоставлять товары и услуги, отвечающие как нормативным требованиям, так и желаниям потребителя. Впервые ISO 9001 был опубликован в 1987 году Международной организацией по стандартизации (International Organization for Standardization, ISO). Текущая версия этого стандарта выпущена в сентябре 2015 года, также она является единственной, по которой возможно проведение сертификации [1].

ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) [2] применяется к любой организации, независимо от размера и отрасли. Основываясь на базовых принципах [3] данного стандарта, рассмотрим процесс их внедрения в учреждения здравоохранения.

Первый принцип – направленность на конечного потребителя. Оценка удовлетворённости качеством полученных медицинских услуг, сделанная самим пациентом, носит субъективный характер. За неимением специальными медицинскими познаниями, пациент оценивает медицинскую организацию через отношение к нему медицинского персонала, комфортность, быстроту и удобство оказания медицинской помощи.

Второй принцип – лидерство руководителя, в частности главного врача медицинской организации. Успех лидера состоит в способности создать настоящую крепкую команду, на помощь которой, в дальнейшем, он сможет рассчитывать [4].

Третий принцип – вовлечение персонала предприятия в процесс внедрения и реформирования системы менеджмента качества. Для того чтобы сотрудники медицинской организации работали эффективно, необходимо определить их потребности и ожидания, удовлетворённость работой, желание профессионального роста.

Четвёртый принцип включает в себя применение процессного подхода. Он предполагает различные решения для удовлетворения потребностей пациента и повышения результативности процессов, например, их автоматизации. Что в результате помогает уменьшать время и усилия, ранее затрачиваемые на выполнение этих процессов.

Пятый принцип – стремление к усовершенствованию СМК. Руководство медицинского учреждения для оптимизации оказания медицинских услуг может внедрять новые методы диагностики и лечения, повышать профессиональную квалификацию своих сотрудников.

Шестой принцип основывается на принятии решений, подкреплённых фактами. Для этого необходимо провести сбор, обработку и анализ объективной информации о деятельности медицинской организации и качестве её медицинской помощи. Также следует использовать методы статистического контроля, осуществлять регулярный контроль за работой системы менеджмента качества, к примеру, проводить мониторинги по оценке удовлетворённости пациентов качеством медицинских услуг [5].

И, наконец, седьмой принцип – поддержание взаимовыгодных отношений с партнёрами, который включает в себя оценку поставщиков, анализ и постоянный контроль качества и ассортимента приобретённых товаров, в том числе услуг для работы по аутсорсингу, удобства и соблюдение сроков доставки, соблюдение финансовой дисциплины и др.

Выводы. Подводя итог всему вышесказанному, реализация требований международного стандарта ISO 9001:2015 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации предполагает алгоритм действий, направленный на соблюдение основных принципов данного стандарта. Внедрение стандарта должно привести к следующим улучшениям работы медицинских учреждений:

- идентификация задач по удовлетворению потребностей и ожиданий пациентов;
- поддержка желательного качества медицинской помощи;
- мониторинг достигнутых результатов;
- улучшение деятельности медицинского обслуживания и работы медицинского учреждения в целом.

Список литературы

1. What is ISO 9001:2015 – Quality management systems? [Электронный ресурс] // статья / ACQ – Режим доступа: <https://asq.org/quality-resources/iso-9001>
2. «ГОСТ Р ИСО 9001-2015» Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования. ОКС 03.120.10 Дата введения 2015-11-01 [Электронный ресурс] // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1200124394>
3. Сухова И. «Принципы менеджмента качества ИСО 9001 2015» [Электронный ресурс] // статья / Эксперт – Режим доступа: <https://expert-2014.ru/poleznaya-informaciya/princzipyi-menedzhmenta-kachestva-iso-9001-2015>
4. Беспалов И. В., Днепровская И. В. ГИБКОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. В сборнике: Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов V Международной научно-практической конференции. Волгоград, 2021. С. 166–169.
5. Сергеева Н. М. Процедура внедрения системы менеджмента качества в деятельность медицинской организации [Электронный ресурс] // КНЖ. 2017. № 3 (20). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/protsedura-vnedreniya-sistemy-menedzhmenta-kachestva-v-deyatelnost-meditsinskoy-organizatsii>

УДК 338.13

ТЕНДЕНЦИИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВ ЧЕРЕЗ РЕШЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ МИРОВОЙ ЭКОНОМИКИ

Тихонова Анжелика Леонидовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н. Голиков Вячеслав Владимирович

Введение. Человек с интенсивным развитием своей деятельности из года в год приносит всё больший ущерб окружающей среде. Но в последнее время эта проблема особенно обострилась. Она подрывает экологический потенциал мировой экономики и уже превращается в глобальную проблему для всего человечества, поскольку в современных условиях мир оказался на грани экологической планетарной катастрофы.

Цели и задачи. Выявление направлений устойчивого развития государств через решение проблем экологии в современной мировой экономике.

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, методика экспертных оценок. Проанализированы информационные и аналитические материалы российских и зарубежных источников, понятия об экологической устойчивости и устойчивом развитии.

Результаты и обсуждение. За проблемами экологии всегда кроются последствия, которые затрагивают социальную и общественную сферу жизни, а это демонстрирует взаимозависимость трёх компонентов устойчивого развития – экономического, социального и экологического.

Принято выделять ряд основных условий появления глобальных экологических проблем: деградация природной среды, увеличение районов экологического бедствия, прогрессивное потребление природных ресурсов, рост и наращивание производственных мощностей, особо опасные виды загрязнения среды жизни людей и природных экосистем [1].

Может показаться, что экологическая устойчивость и устойчивое развитие – это одно и то же, но существует немало причин, по которым они расходятся в своих целях. Они действительно имеют одну и ту же задачу – сохранение природных ресурсов и создание более энергоэффективных проектов и практик, но что касается реализации, то здесь появляются отличия в приоритетах их действий.

Экологическая устойчивость направлена на сохранение природных ресурсов и разработку альтернативных источников энергии при одновременном снижении загрязнения и вреда для окружающей среды. Самая большая критика инициатив в области экологической устойчивости заключается в том, что их приоритеты могут противоречить потребностям растущего индустриального общества.

Что касается устойчивого развития, то цель данной стратегии – выработать основные пути и способы приспособления жизни к глобальным изменениям. Согласно этой цели, каждый человек имеет право на здоровую окружающую среду, на плодотворную жизнь в гармонии с природой [2]. Но из недостатков наблюдается то, что подхода устойчивого развития недостаточно для сохранения окружающей среды в настоящее время, потому что оно основано на убеждении, что вред, нанесённый в одной части мира, можно уравновесить, создав меры защиты окружающей среды в другой.

Наилучшим решением проблем экологии и устойчивого развития государств является принятие сбалансированного соотношения, в котором используется лучшее из обоих подходов. Тогда в их обязанности будет входить создание нормативных актов, программ стимулирования и налоговых льгот, способствующих устойчивому развитию определяющих приоритетов сохранения в различных областях, которые также будут влиять на местные сообщества и организации.

Эти мероприятия необходимо реализовать не только для стабильности устойчивого развития и мировой экономики, а, прежде всего, для самого человека и сохранения его здоровья. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), четверть всех заболеваний обусловлена факторами окружающей среды. Например, промышленные и бытовые отходы, регулярно используемые в деятельности человека, загрязняют воздух, почву и воду.

Также бесконтрольная вырубка лесов, уничтожение целых экосистем и заповедных зон – всё это впоследствии сказывается на климате региона и страны. Что в дальнейшем приводит к различным проблемам, связанным с ухудшением состояния здоровья населения, например, таким как:

- увеличение наследственных заболеваний;
- хронический характер всевозможных заболеваний;
- деградация генофонда и мутации;
- частые эпидемии;
- бесплодность мужчин и женщин;
- увеличение числа больных раковыми, аллергическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- возросший уровень детской смертности;
- ухудшение санитарно-гигиенических условиях проживания отдельных слоёв населения;
- увеличение численности нарко- и алкоголезависимых людей [3].

С каждым годом этот список только пополняется и создаётся огромная угроза для наших будущих поколений. В каком мире будут жить они? Воздух с каждым днём всё больше загрязняется широчайшим ассортиментом вредных веществ. Также продолжается загрязнение воды отходами, пластиком и бытовым мусором, а её потребление растёт в два раза быстрее, чем рост населения Земли. Рост числа мегаполисов с высокой плотностью населения приводят к геометрическому нарастанию там загрязнений окружающей среды. Глобальная урбанизация, набирающая стремительные темпы, может охватить более 90% населения Земли, что приведёт к ещё одной проблеме «выживания человека в техногенной среде современных городов».

Выводы. В нашем мире было и остаётся множество экологических проблем. Одни появляются из-за других, следующие обостряются и набирают небывалых оборотов. Большинство из них возникают благодаря человеку. И, в дальнейшем, этому же человеку приходится справляться с экологическими проблемами, которые он создал. Неразрешённые глобальные проблемы порождают ряд социальных последствий, таких как: нехватка продовольствия, экологическая миграция населения и появление экологических беженцев, появление значительных издержек в экономике, которые приводят к мировым кризисам. Для устранения этих проблем потребуются научить современное общество отказываться от избыточного потребления, без которого уже не представляется жизни, и приучить к сохранению ресурсов и природы на нашей планете. Поэтому что наше будущее зависит только от нас самих и того, как усердно мы готовы трудиться над охраной окружающей среды и её сбережение

Список литературы

1. Глобальные экологические проблемы современности: тенденции [Электронный ресурс]: статья / М. А. Гурьева, 2015, – 4 с. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/globalnye-ekologicheskie-problemy-sovremennosti-tendentsii/viewer>
2. Влияние экологических аспектов на политику социально-экономического развития государств [Электронный ресурс]: статья / З. Т. Алиев, 2012, – 229 с. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-ekologicheskikh-aspektov-na-politiku-sotsialno-ekonomicheskogo-razvitiya-gosudarstv-1>
3. Влияние экологии на здоровье населения России [Электронный ресурс]: статья / Г. А. Варданян, 2019, – 4–5 с. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-ekologii-na-zdorovie-naseleniya-rossii/viewer>

УДК 338.45

БЕНЧМАРКИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Крутов Фёдор Павлович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Гапоненко Юлия Владимировна

Введение. Современные условия высокой конкуренции на рынке медицинских услуг создают необходимость внедрения новых методик стратегического и тактического менеджмента лечебно-профилактических учреждений для формирования конкурентных преимуществ. Одним из таких инструментов выступает бенчмаркинг. Этот метод совершенствования производства является востребованным во многих других сферах и недооценен в здравоохранении.

Цели и задачи исследования. Изучение бенчмаркинга, как одного из эффективных инструментов менеджмента в условиях высокой конкуренции, и возможность использования успешного опыта применения данной методики в разных сферах экономики, для внедрения в работу медицинских организаций.

Материалы и методы. Теоретической и методологической основой исследования послужили работы отечественных и зарубежных ученых в сфере менеджмента и бенчмаркинга. В ходе изучения выбранной темы исследования были использованы следующие научные методы: абстрактно-логический, сравнительный анализ, синтез, а также системный подход для анализа развития бенчмаркинга в медицинских организациях.

Результаты и обсуждение. В современных реалиях, как показывают исследования, медицинские организации в большинстве случаев придерживаются консервативной политики развития и используют традиционные методы управления эффективностью и конкурентоспособностью. Зачастую уклон в выборе стратегии развития делается в пользу уже проведенных временем подходов. Однако, в условиях высокой конкуренции, для повышения эффективности и конкурентоспособности современной медицинской организации необходимо перейти на совсем другой уровень, применение существующих технологий недостаточно, необходимо постоянно и систематически внедрять инновационные подходы в управлении, совершенствовать уже применяемые на предприятии методики. Недостаточно просто обновлять материально-техническую базу организации и осуществлять ремонтные работы помещений, необходимо в первую очередь уделять внимание самому процессу организации рабочего процесса с учетом поставленных целей и задач стратегического развития, повышения эффективности, конкурентоспособности, качества медицинских услуг [1]. Подобные проблемы, стоящие перед медицинской организацией, может помочь решить такой инструмент как бенчмаркинг. Ведущие мировые компании на своём примере уже показали эффективность использования этого метода, в то время как на российском рынке он остается недооценен.

Возможно, низкая востребованность этого инструмента связана с малой изученностью и отсутствием единых методических подходов к реализации бенчмаркинг-проектов. В процессе разработки подобных проектов возникает множество вопросов, связанных с организацией предполагаемой работой, её эффективностью, временного диапазона, необходимостью финансовые вложений и сроком их окупаемость. Из-за отсутствия единых методических подходов, которые смогли бы гарантировать конечный успех программы, многие организации не готовы тратить финансы на подобные новации. Ещё одной проблемой развития бенчмаркинга является сложность поиска партнеров по бенчмаркинг-проекту – в большинстве случаев компании не готовы к сотрудничеству и обсуждению результатов своей работы с другими, делиться успешным опытом с потенциальными конкурентами [2].

подавляющее большинство компаний, использующие данный метод развития, функционируют вне медицинского сегмента, однако их положительный опыт и общие методические вопросы организации проведения, можно успешно адаптировать применительно к деятельности медицинских организаций с учетом специфики показателей их работы. Так, например, большие возможности открывает сотрудничество по вопросам повышения эффективности использования активов, минимизации затрат и формирования себестоимости, обеспечения платежеспособности, формирование рациональной политики обеспечения материально-техническими ресурсами и т. п. Также на рынке труда существуют множество примеров успешных систем стимулирования и мотивации работников, которые можно внедрять в систему работы медицинской организации. Стоит отметить уже успешно проведенные заимствования в медицину из других экономических сфер. Например, во многих больницах уже функционируют системы электронной очереди, которые применяются в работе банков и других сферах экономической деятельности. Создаются сайты больниц, в работе которых активно используются современные IT технологии.

Однако, подобные примеры являются точечными, заимствованные технологии копируются и внедряются в определенные сферы работы ЛПУ, но не носят какого-то системного характера и пути развития, к которым стремится работа бенчмаркинга. Он предполагает активное взаимодействие между бенчмаркинг-партнерами в качестве взаимовыгодного сотрудничества по обмену информацией, необходимой для совершенствования собственной деятельности, и включает следующие этапы [3]:

1. Определение целей.
2. Выбор объекта и предмета.
3. Подготовка детального плана проведения бенчмаркинга.
4. Сбор, анализ и сравнение информации.
5. Адаптация полученных результатов деятельности к деятельности собственной организации.
6. Разработка и внедрение мероприятий.
7. Оценка эффективности проведенных мероприятий.

Характерной чертой бенчмаркинга, как метода анализа и сравнительной оценки, является его непрерывность. Следовательно, организации, которая выбрали стратегию своего развития на основе бенчмаркинга, необходимо быть гибкой, иметь возможность быстро реагировать на внешние и внутренние факторы и угрозы, следить и постоянно сопоставлять полученные ранее результаты с текущими показателями. Таким образом, бенчмаркинг представляет собой определенный организованный процесс системной работы по выявлению ведущих предприятий, достигших успехов в своих сферах деятельности, изучении их бизнес-процессов и адаптации полученных сведений к условиям собственной организации.

Выводы. Таким образом, внедрение технологии бенчмаркинга в работу отечественных медицинских организаций позволит решить сразу несколько стоящих перед ними проблем. Помимо повышения эффективности работы и конкурентоспособности конкретного предприятия, данный метод стимулирует повышение качества самой медицинской услуги, уровень удовлетворенности пациентов, а также создаёт предпосылки для совершенствования системы здравоохранения в целом.

Список литературы

1. Агафонова Л. А. Конкурентный бенчмаркинг как стратегия развития аптечной организации / Научные труды Вольного экономического общества России. 2014. № 2. С. 259–264.
2. Садовой М. А. Технология бенчмаркинга в организации управления / М. А. Садовой, И. Ю. Бедорева, А. Е. Ставский // Медицина и образование в Сибири. 2013. № 6. С. 63–66.
3. Кауфман Н. Ю. Бенчмаркинг как инструмент инновационного развития предприятия // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2017. № 4–2. С. 16–18.
4. Инновационные модели и инструменты управления промышленным предприятием: монография / С. В. Волков, Ю. В. Гапоненко, Г. С. Мерзликина, О. А. Минаева, Е. К. Пономарева,

В. Ф. Трунина, О. М. Шаталова, С. А. Шевченко; под ред. Г. С. Мерзликиной; ВолгГТУ. – Волгоград, 2015. – 112 с.

5. Gushchin, M., Dontsov, D., Gaponenko, Y., Gushchina, E., & Yushkova*, N. (2019). Infrastructural Priorities And Regularities Of Spatial Development Of Regional Systems. In & V. A. Trifonov (Ed.), Contemporary Issues of Economic Development of Russia: Challenges and Opportunities, vol 59. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 474–483). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.51>.

УДК 33.02

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КЛЮЧЕВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Стасевич Полина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент, к. э. н. Серова Ольга Федоровна

Введение. Интерес к изучению ключевых компетенций возникает у многих специалистов, которые так или иначе связаны с вопросами эффективной деятельности организации. Существует большое количество моделей и систем компетенций, методик их оценки, которые используются для обеспечения конкурентного преимущества. Но на практике компания сталкивается с проблемой определения своей ключевой компетенции и возможностью ее внедрения в рабочий процесс.

Цели и задачи. Цель – рассмотреть подходы к определению понятия «ключевые компетенции».

Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд частных задач:

– рассмотреть определение понятия «ключевые компетенции»;

– проанализировать периоды и особенности использования понятий «компетенция» и «компетентность»;

– предложить актуальный подход к определению ключевых компетенций организации.

Материалы и методы.

Методологической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных авторов в области теории и практики менеджмента. В ходе исследования использовались следующие методы: анализ, синтез, сравнение, обобщение и раскрытие полученных результатов.

Результаты и обсуждения.

Говоря о компетенциях, необходимо уточнить понятия «компетенция» и «компетентность». Для более глубокого понимания сущности данных понятий обратимся к трудам зарубежных авторов в области экономики и менеджмента.

Первые упоминания в научной литературе о понятии «компетенция» появились у Р. Уайта, который главную роль в ключевых компетенциях отдавал человеку и его взаимодействию с окружающей средой. Известные теоретики менеджмента Г. Хэмел и К. К. Прахалад используют эти термины как синонимы или как взаимодополняющие понятия, наделяя их набором навыков и знаний, накопленных организацией процессе своей деятельности, что в дальнейшем станет успешным конкурентным преимуществом. Профессор Р. Бояцис, наоборот, разграничивает эти понятия, выделяя компетенцию в разряд характеристик личности человека, а компетентность – в разряд профессиональной деятельности. Таким образом, неоднозначность трактовки и отсутствие единого методологического подхода побуждает рассмотреть определения понятия «ключевые компетенции».

Рассмотрим в хронологическом порядке упоминания об исследуемых понятиях. В этой связи конкретизируем и отобразим этапы появления исследуемых понятий в научных трудах известных авторов с помощью таблицы.

Таблица 1

Этапы становления понятий «компетенция» и «компетентность»

ФИО автора, название работы	Содержание определения понятия
Р. Уайт, статья «Пересмотр понятия мотивации: концепция компетенции», 1953 г.	Определяет компетенцию, как эффективное взаимодействие человека с окружающей средой и с особенностями личности человека, гарантирующими качество выполнения работы в сочетании с высокой мотивацией. Существенных различий между «компетенцией» и «компетентностью» не прослеживается.
Д. Макклелланд, статья «Тестирование на компетентность, а не на интеллект», 1973 г.	Описывая компетентность, автор говорил о ее переменных: навыки, личностные черты, внутренняя мотивация. В 1976 году эти переменные он назвал компетенциями и определил их как характеристики, являющиеся первопричиной достижения высоких результатов человека.
Р. Бояцис, статья «Компетентный менеджер. Модель эффективной работы», 1982 г.	«Компетенция» – это «основная характеристика человека, которая причинно связана с эффективной работой», а также обозначает поведенческие факторы успешности [2, с. 143]. Компетентность является способностью человека вести себя так, чтобы удовлетворять требованиям работы в определенной организационной среде, при этом достигая желаемых результатов.
Л.М. и С.М. Спенсеры, книжное издание «Компетенции на работе. Модели максимальной эффективности работы», 1993 г.	Под компетенцией понимают «базовое качество индивидуума, имеющее причинное отношение к эффективному и/или наилучшему на основе критериев исполнению в работе» [3, с. 253]. Компетенция является глубоко лежащей и устойчивой частью человеческой личности и может предопределять поведение человека во множестве ситуаций и рабочих задач.
Г. Хэмел и К.К. Прахалад, книжное издание «Конкурентная борьба за будущее», 1994 г.	Выделяли понятие ключевых компетенций, говоря о «навыках и умениях, которые позволяют компании предоставлять потребителям фундаментальные выгоды» или о «наборе умений и технологий, накопленных организацией знаниях и опыте, которые становятся основой успешной конкуренции» [6].

Итак, исходя из данных таблицы, можно сказать, что понятия «компетенция» и «компетентность» видоизменялись со временем. От компетенции, которая выступала в качестве характеристики личности человека, до сегодняшнего определения, где на первый план выходят навыки, знания и технологии. Стоит отметить, что для большинства авторов компетенция идет неразрывно с компетентностью, что говорит о схожести понятий и их применения в отдельных отраслях и видах деятельности.

Актуальный подход в определении ключевых компетенций и есть формирование уникальной ключевой компетенции с индивидуальным набором ресурсов и навыков в профессиональной деятельности компании. Важной его частью является всестороннее исследование бизнес-процессов предприятия. Применение адекватной методики выявления и оценки позволит получить характеристики компетенций, сформированные за счет высокоэффективного управления персоналом, совокупности знаний и интеллектуального капитала.

Выводы. Составленная характеристика поэтапного становления понятий «компетенция» и «компетентность» позволила наглядно увидеть сходство и различие применяемых в различных отраслях и сферах компетентных понятий. Формирование уникальной ключевой компетенции должно проводиться на анализе ресурсов и способностей в деятельности всех подразделений организации, а не только работы с персоналом.

Ключевая компетенция должна быть сформулирована таким образом, чтобы она могла позволить предприятию решать задачи, недостижимые для большинства других участников рынка, устанавливать новые стандарты деятельности в отрасли, тем самым обеспечивая себе конкурентное преимущество.

Список литературы

1. Овчинников, А. В. О классификации компетенций [Текст] / А. В. Овчинников // Организационная психология. 2014. – № 4. – С. 145–153.
2. Бояцис, Р. Компетентный менеджер: модель эффективной работы: пер. с англ. The Competent Manager: A Model for Effective Performance [Текст] / Р. Бояцис. – М.: Изд-во «Гиппо», 2012. – 352 с.
3. Спенсер, Л. М. Компетенции на работе. Модели максимальной эффективности работы. Пер. с англ. [Текст] / Лайм М. Спенсер, Сайн М. Спенсер. – М.: НИРО, 2015. – 384 с.
4. Юрьева, О. В. Модели профессиональных компетенций: отечественный и зарубежный опыт [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.abadawecan.ru/index.php?cat=science&id=8>.
5. Оценка сотрудников на основе профиля компетентности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://hr-portal.ru/article/kak-ocenit-kompetentnost-sotrudnika?page=4>.
6. Возникновение термина «ключевая компетенция» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://e--xecutive-ru.turbopages.org/turbo/e--xecutive.ru/s/wiki/index.php/Ключевая_компетенция.

УДК 338

ПРИМЕНЕНИЕ SWOT-АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Баранова Ангелина Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент, заведующая кафедрой экономики и менеджмента

Соболева Светлана Юльевна

Введение. Состояние любой компании и организации зависит от того, насколько успешно она способна реагировать на различные внешние угрозы, оказывающие большое воздействие на всю структуру работы в целом [1]. Проводя анализ внешней ситуации, следует выделить все самые значимые факторы, влияющие на нее в данный период времени. Также следует заметить, что взаимосвязанное решение рассмотрения данных факторов и основных возможностей организации является важнейшим пунктом в достижении дальнейшего успеха всей организации [2]. Не стоит забывать и о критических факторах и возможности каждой организации контролировать их. Факторы могут быть внутренними и внешними, поддающимися влиянию со стороны организации, либо нет. Одной из самых популярных методик, позволяющих оценивать как внутренние, так и внешние факторы, непосредственно влияющие на развитие и успех компании, является SWOT-анализ [3].

Цели и задачи. Цель работы – провести SWOT анализ НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина. Для ее реализации необходимо проанализировать внутреннюю и внешнюю среду организации, выявить ее сильные и слабые стороны, определить возможности и угрозы.

Материалы и методы: использованы методы стратегического анализа, а именно SWOT.

Результаты и обсуждение. Среди сильных сторон были выявлены:

1. Квалифицированные кадры. В больнице врачебный состав является одной из наиболее сильных сторон. В лечебном учреждении работают не только молодые и перспективные специалисты, но и врачи с огромным медицинским стажем работы, профессора и кафедральные сотрудники. 35 % врачебного состава имеет высшую категорию, 40 % – первую категорию, 20 % имеют вторую категорию и 5 %, на данный момент, не имеют никакой категории (в основном это врачи, которые только закончили ординатуру и не имеют необходимого стажа работы). Также стоит отметить, что на базе НИИ имеется кафедра онкологии и урологии.

Таблица 1

SWOT-анализ «ВОКОД»

Сильные стороны	Возможности
1. Высококвалифицированные кадры; 2. Просвещение пациентов посредством СМИ; 3. Расширенный спектр оказания высококвалифицированной и высокотехнологичной помощи пациентам; 4. Эстетическая составляющая и комфортные условия пребывания пациентов в НИИ им. Н. А. Лопаткина; 5. Возможность онлайн консультирования; 6. Высокий уровень ответственности медицинского персонала	1. Обучение новым методикам лечения; 2. Поддержка государства, расширение спектра диагностических и лечебных мероприятий; 3. Привлечение уникальных специалистов; 4. Обеспечение непрерывного карьерного и профессионального роста мед.сотрудников; 5. Высокая мотивация врачей к профессиональной деятельности
Слабые стороны	Угрозы
1. Большая конкуренция; 2. Кадровая текучка	1. Нестабильная экономика; 2. Санкции на ввоз необходимых леч.препаратов и оборудования; 3. Удорожание оборудования, его технического обслуживания, запчастей и обновления программных обеспечений; 4. Дефицит бюджета, выделяемого на развитие онкологической помощи (в связи с ситуацией в стране)

Источник: составлено автором.

2. Просвещение пациентов посредством СМИ. В НИИ имеется отдел по связям с общественностью и хорошо развит менеджмент. Имеются информационные интернет ресурсы: создан сайт диспансера, активно ведётся страница в социальной сети «ВКонтакте». Относительно недавно создан телеграмм канал, куда дублируются все актуальные новости и события из диспансера и онкологической помощи в России.

3. Расширенный спектр оказания высококвалифицированной и высокотехнологичной помощи пациентам. В НИИ им Н.А. Лопаткина имеется новое современное оборудование, которое соответствует всем необходимым стандартам. Благодаря новейшему техническому оснащению пациенты могут получить расширенный спектр лечения. А также есть возможность выполнять диагностические исследования в максимально короткие сроки на базе института.

4. Эстетическая составляющая и комфортные условия пребывания пациентов в лечебном учреждении. Комфортное пребывание в лечебном учреждении является немаловажным фактором, который в той или иной мере оказывает влияние на психологическое состояние пациентов, которые находятся на лечении. При входе в НИИ имеется комфортная и современная зона ожидания, где располагаются диваны и стулья для пациентов. Так же в холле имеется зона для перекуса: буфет. Холл зона выполнена в тёплых постельных цветовых тонах. Палаты в стационарах так же имеют все необходимое для комфортного пребывания в больнице. При желании пациент может разместиться в двухместной, одноместной или даже люкс палате.

Среди слабых сторон выявлены:

1. Дефицит врачебных кадров. Врачей со специализацией «врач онколог» по статистике с каждым годом становится всё больше. Но все же в связи с большим распространением заболевания и увеличения числа лечебных учреждений нехватка кадров всё так же остаётся одной из наиболее остро стоящих тем на сегодняшний день.

2. Расположение НИИ находится за пределами третьего кольца, что обуславливает неудобную маршрутизацию пациентов из отдалённых областных городов и сельских местностей.

Зачастую пациенты жалуются на то, что путь из наиболее отдалённых городов области является долгим и трудным.

Анализ результатов показал, что наиболее сильное влияние на деятельность НИИ оказывают такие факторы внешней среды, как поддержка государства, расширение спектра диагностических мероприятий, а внутренней среды – квалифицированные кадры, расширенный спектр оказания высококвалифицированной и высокотехнологичной помощи пациентам.

Среди угроз, которые могут повлиять на деятельность учреждения, нестабильная экономика, удорожание оборудования, его технического обслуживания, запчастей на аппараты и обновления программных обеспечений. Это свидетельствует о высокой степени зависимости учреждения от изменения условий внешней среды

Таблица 2

Матрица SWOT-анализа

	Сильные стороны	Слабые стороны
Возможности	<ul style="list-style-type: none"> - Обмен сотрудниками с центральными и зарубежными клиниками с целью повышения квалификации; - Развитие медицинского туризма; - Внедрение в практику новейших методик лечения онкологических заболеваний; - Постоянное совершенствование навыков лечения у сотрудников 	<ul style="list-style-type: none"> - Привлечение наиболее квалифицированных и опытных сотрудников; - Возможность молодым специалистам постоянно совершенствовать свои хирургические навыки
Угрозы	<ul style="list-style-type: none"> - Создать возможность выхода на новый уровень лечения и консультации пациентов из отдалённых регионов нашей страны посредством онлайн ведения пациента: не только консультация, но и отслеживание динамики состояния пациента, а так же подбор лек.препаратов (с учётом предоставленных необходимых исследований) 	<ul style="list-style-type: none"> - В большей мере привлекать новых сотрудников посредством СМИ. - Расширить спектр возможностей молодых специалистов (самостоятельное выполнение хирургического этапа)

Источник: составлено автором.

Выводы. Совокупный анализ внутренних и внешних факторов, которые влияют на конкурентные преимущества показывает, что лечебное учреждение способно нормально работать, но для успешного функционирования в долгосрочной перспективе необходимо постоянно проводить работу для поддержки сильных сторон и устранения имеющихся слабых сторон (или снижение степени их влияния). В то же время необходимо непрерывно отслеживать изменения внешней среды и адекватно реагировать на появление новых возможностей и угроз, которые влияют на деятельность НИИ.

Список литературы

1. Серебрякова А. Б., Токунова Г. Ф. Стратегический анализ в условиях рыночной экономики: опыт применения SWOT-анализа: СПбГАСУ, 2010 г.
2. Айзенберг Л. А. Интегральные представления и вычеты в многомерном комплексном анализе / Айзенберг Л. А., А. П. Южаков. – М.: 2019. – 174 с.
3. Соболева С. Ю., Максимова И. В. Совершенствование финансирования здравоохранения в аспекте повышения качества медицинского обслуживания населения // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 3–8.

УДК 658.512

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Шардина Анастасия Вячеславовна

Россия, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: доцент, к. э. н. Днепровская Днепровская Ирина Валерьевна

Введение. Одним из важных подразделений медицинской организации является регистра- тура. Именно работа регистраторов повышает уровень удовлетворенности доступностью и ка- чеством условий оказания медицинской помощи путем формирования модели работы, ориен- тированной на пациента. Научный подход к организации труда в регистратурах, направленный на повышение производительности, сможет оптимизировать трудовые и финансовые затраты, а также время на оказание медицинской помощи без потери качества.

Цель. Выявить влияние внедрения бережливых технологий на эффективность работы реги- стратуры поликлиники на примере ГУЗ «Детская клиническая поликлиника № 15».

Материалы и методы. Исследование основано на анализе сайта ГУЗ «Детская клиниче- ская поликлиника № 15», в котором были представлены этапы и результаты реализации проекта «Бережливая поликлиника».

Результаты и обсуждение. Бережливое производство – это современная концепция управ- ления, или комплекс методов научной организации труда, включающая в себя мероприятия по оптимизации производственных процессов, сокращению различного рода потерь, улучше- нию качества производимой продукции [1].

Выделяют несколько инструментов, которые способствуют выявлению и устранению по- терь компании, в число которых входит и 5s. Это ежедневная практика, которая помогает вы- являть проблемы в производстве, которые были вызваны неправильной организацией рабочего места. В ее основу легли следующие правила:

1. Сортировка;
2. Соблюдение порядка;
3. Содержание в чистоте;
4. Стандартизация;
5. Совершенствование [2].

Глобальной целью создания «Бережливых поликлиник» в Российской Федерации является устранение потерь в ходе оказания медицинской помощи. Образ бережливой поликлиники это:

1. Оптимальная внутренняя логистика;
2. Удобная эргономика на рабочих местах персонала;
3. Выравнивание загрузки медицинского персонала;
4. Оперативное решение возникающих проблем во всех процессах с минимальными затратами;
5. Электронный документооборот [3].

На государственном уровне был принят приоритетный проект, реализуемый в 2017–2023 гг. Минздравом РФ «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» («Бережливая поликлиника»), направленный на решение основ- ных проблем российского здравоохранения, связанных с огромными потерями временных и де- нежных ресурсов, которые снижают качество и доступность медпомощи [4].

В рамках внедрения проекта регистратура ГУЗ «Детская клиническая поликлиника № 15» претерпела изменения, используя систему 5s, предполагающую создание оптимальных условий для улучшения производственного процесса. [5] Совершенствование работы регистратуры включало в себя организацию системы электронной очереди, отказ от введения бумажной до- кументации, передачу обязанностей ответов на телефонные звонки call-центру. Рабочее место

сотрудников учитывало маркировку и полный визуальный доступ мест хранения, рациональную расстановку мебели.

Благодаря этим преобразованиям была оптимизирована работа регистратуры, о чем свидетельствуют следующие показатели: сократилось в 4,6 раза (с 16 до 3,5 мин.) время дозвона пациента в регистратуру, в 5 раз (с 25 до 5 мин.) время оформления записи на прием к врачу.

Выводы. Результат внедрения бережливых технологий свидетельствует о повышении эффективности работы регистратуры ГУЗ «Детская клиническая поликлиника № 15», что, в свою очередь, позволило не только расширить возможности использования медицинских информационных систем, но и сократить время работы медицинского персонала и время пребывания пациентов.

Список литературы

1. Лайкер, Джеффри. Дао Toyota. 14 принципов менеджмента ведущей компании мира = The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer. М.: «Альпина Паблишер», 2011. С. 400.

2. Хоббс Д. П. Внедрение бережливого производства: практическое руководство по оптимизации бизнеса. / Пер. с англ. – П. В. Гомолко (гл. 1–3), А. Г. Петкевич; науч.ред. Д. В. Серeda. – Минск: Гревцов Паблишер, 2007. – 352 с. Проект Бережливая поликлиника. Электронный ресурс. 2017. Русский.

3. Приказ от 11 января 2018 г. № 33/10 «О реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на территории Волгоградской области.

4. Приказ 09 января 2019 г. О реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первично медико-санитарную помощь» в ГУЗ «ДКП № 15».

5. Официальный сайт ГУЗ «Детская клиническая поликлиника № 15» (2013–2022). Бережливая поликлиника.

УДК 331.108.5

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Саргсян Саргис Арменакович

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

Введение. Совершенствование системы управления персоналом – необходимое условие эффективной деятельности современного предприятия. Слаженная работа коллектива и его продуктивное взаимодействие на всех этапах составляют основу успешного бизнеса [1].

Современные системы эффективного управления любыми организациями признают абсолютный приоритет человеческого фактора. Персонал организации, в частности его кадровый потенциал, рассматривается как один из важнейших видов ресурсов, от эффективности управления которого зависят работоспособность и результативность организации в целом [2].

Чем лучше работает система управления кадровым потенциалом, тем эффективнее будет работать организация.

Цель и задачи. Изучение системы управления кадровым потенциалом медицинской организации с позиции теоретической оценки сложившейся кадровой политики организации и выявления основных признаков и путей совершенствования кадрового потенциала.

Материалы и методы. Теоретической основой исследования явились труды следующих ученых: Антонов А. В., Дубина О. Е., Ефимова О. В., Зеленков П. В., Иванов И. Г., Кабушкин Н. И.,

Каменова М. П., Клир Дж., Лютенс Ф., Мишин Ю. А., Мотовилова Ю. Е., Новодворский В. Д., Лопатина И. Ю., Орлова Е. Р., Попов С. А., Смоленский М. Б., Терехин И. Э., Стрикленд А., Учитель Ю. Г., Щепин О. П. и др.

Согласно Антонову А. В., Кабушкину Н. И., Каменовой М. П. эффективную работу любой организации невозможно представить без создания уникальной системы управления кадровым потенциалом, ее изменениями во времени, научным обоснованием методов управления кадрами, без учета всех факторов, влияющих на ее деятельность. Проблема управления кадровым потенциалом должна рассматриваться через междисциплинарную призму. Только при таком подходе возможна полноценная разработка актуальных систем управления.

Ряд других источников утверждают, что руководство медицинской организации должно обращать внимание на систему управления, то есть развивать современные технологии управления кадровым потенциалом. При этом, невозможно достичь хороших результатов в деятельности организации, увеличения прибыли, а также повышения конкурентоспособности без определения полноты использования трудовых и финансовых ресурсов организации.

Невозможно оспаривать факт, что главной производительной силой любой организации является человек с его функциональными способностями, а также весь коллектив в целом с его кадровым потенциалом

Результаты и обсуждение. В основе продуктивного управления персоналом лежит принятие трех положений:

- а) каждый руководитель должен уделять внимание обучению работников и улучшению условий их труда;
- б) работники – высшая ценность (люди, а не здания или компьютеры создают возможность осуществления деятельности организации);
- в) управление персоналом – процесс согласования целей организации и потребностей человека [3].

Систему управления персоналом можно рассматривать как комплекс методов, принципов и средств влияния на потребности, поведение, интересы и деятельность сотрудников предприятия для получения от них в работе максимальной отдачи. Чтобы понять, насколько эффективна существующая система и по каким направлениям целесообразно ее совершенствовать, необходимо регулярно анализировать кадровую политику медицинской организации.

Выявленная проблематика связана с:

1. Отсутствием учета и анализа использования рабочего времени.
2. «Старением» кадров.
3. Отсутствием кадрового планирования, управления производительностью труда и анализа вклада каждого работника в прибыль медицинской организации.
4. Отсутствие технологии поиска и отбора персонала.
5. Отсутствие целенаправленной работы по повышению лояльности персонала к организации.
6. Неравномерная загрузка персонала в течение рабочего дня из-за особенностей работы.

Выводы. Несмотря на достаточно эффективные и уже реализуемые на уровне организации стратегии, программы и мероприятия в управлении кадровым потенциалом, по-прежнему остро стоит вопрос их совершенствования и создании адекватной, сложившимся социально-экономическим условиям, системы управления.

Описанные проблемы носят хронический характер, следовательно, назрела необходимость в совершенствовании системы управления персоналом. Для этого приходится изменять стратегию управления и принципы взаимоотношений с персоналом, оптимизировать процессы и функции, изменить кадровую политику по подбору и обучению кадров, отладить программы мотивации.

Список литературы

1. Попов С. А. (1999). Стратегическое Управление. Москва: Инфра – М. 2019. – 72 с.

2. Кабушкин Н. И. «Основы менеджмента», учебное пособие, Минск, Издательство «Новое знание», 2018. – 104 с.
3. Лютенс Ф. Организационное поведение (Издание 7). Москва: Инфра – М., 2019. – 215 с.

УДК 338.2

ИЗУЧЕНИЕ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ОРГАНИЗАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Швецов Иван Андреевич

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

Введение. Управление и развитие организационной культуры приводит к взаимным изменениям в организационной эффективности, удовлетворенности работой и качества жизни людей и самой организаций. Изменение культуры также сможет помочь организациям здравоохранения достичь лучших результатов в области финансов за счет повышения эффективности системы управления организацией [2].

Цель. Исследовать, как можно управлять организацией в рамках ее организационной структуры. Провести исследование организационной культуры в Городищенской центральной районной больнице, что даст возможность детально изучить проблемы и особенности культуры конкретного медицинского учреждения.

Материалы и методы. Для исследования организационной культуры был использован опросник для измерения удовлетворенности работников условиями труда. Всего в опросе приняли участие 351 работник. Большинство участников были медсестрами (68 %) и врачами (31 %). Около половины из них работает уже более пяти лет [1].

Результаты и обсуждение. 40 % респондентов отметили, что основная концепция ЦРБ в рабочем посёлке Городище – это динамичная и современная организация, которая адаптирована к изменениям и постоянному развитию. Вместе с тем, 29 % респондентов отметили, что концепция ЦРБ базируется на жестком управлении, жесткой структуре и подчинении. Относительно обратной связи от работников к руководству, то 60 % опрошенных считают, что руководство поддерживает эту коммуникацию, тогда как 22 % респондентов не смогли высказать свое мнение. 15 % респондентов отметили, что общение с руководством является формальным и обезличенным. Оценка психологического климата в коллективе показала, что 81 % работников чувствуют себя комфортно, отношения хорошие и каждый может обратиться за помощью и пониманием. Еще одним положительным показателем является то, что 89 % респондентов считают, что ЦРБ придерживается организационной этики (например, соблюдение этических стандартов, взаимоуважения и подчинения), а 71 % респондентов отметили, что в медицинском центре существуют организационные традиции, мероприятия по командообразованию и рекреационные мероприятия. Только 22% работников довольны уровнем оплаты труда. Только 44 % довольны увеличением возможностей для повышения квалификации; 58 % работников не удовлетворены разнообразием своей работы; и 39 % работников не удовлетворены уровнем возможностей для повышения квалификации. Что касается общей удовлетворенности работой в ЦРБ, то половина (51 %) респондентов оценивают свою работу на отлично, а 24 % – на хорошо. Примечательно, что 90 % респондентов гордятся своей компанией.

Выводы. Таким образом, наиболее эффективная культура в организации достигается путем объединения ресурсов и профессиональных сотрудников и согласования их собственных целей с целями организации, которые стоят выше их личных целей. Влияние происходит от силы позиции, но бизнес более склонен адаптироваться к стабильности, а изменения могут

быть сложной задачей. Результаты оценки организационной культуры показали, что Городищенская центральная районная больница имеет относительно хорошую организационную культуру, но существуют и проблемы.

Список литературы

1. Городищенская центральная районная больница. Официальный сайт: <http://gor-crb.ucoz.ru/>
2. Аверьянова А. А. Корпоративная культура и ее особенности в России // Молодой ученый. – 2018. – № 29. – С. 345–347.

УДК 338.2

УЧЕТ ФАКТОРА НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И РИСКА ПРИ ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНВЕСТИЦИЙ

Варнакова Екатерина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Гапоненко Юлия Владимировна

Введение. Инвестиции играют важную роль как на макроуровне, так и на микроуровне. Они определяют будущее страны в целом, отдельного субъекта хозяйствования и являются движущей силой в развитии экономики. Неопределённость и риск являются неотъемлемыми спутниками инвестиционных проектов. Поэтому важно учитывать изменения, которые достаточно трудно предсказать, или события, вероятность которых невозможно оценить и следить за ними.

Цели и задачи. Изучение факторов неопределённости и риска при оценке экономической эффективности инвестиций и их учёт.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода. В процессе были использованы следующие методы: анализ, синтез, сравнение, описание.

Результаты и обсуждение. Практически любому инвестиционному проекту присущи риск и нестабильность, особенно в его осуществлении. Это происходит из-за погрешности и неполноты исходных данных при оценке эффективности инвестиционного проекта как в ходе его разработки, так и в ходе реализации. В основном неполные данные присущи величине затрат и результатам. Также возникают непредвиденные ситуации в ходе строительства и вследствие резкого изменения конъюнктуры рынка. При оценке эффективности вкладываемых инвестиций в реализацию инвестиционных проектов можно выделить следующие виды и причины неопределённости: нестабильная политическая ситуация в стране, возможные неблагоприятные социально-политические изменения в мире; недостоверная информация о движении цен, параметрах техники и технологии и т. д.

Организационно-экономический механизм реализации проекта, связанный с риском, обязан включать в себя специфические элементы, которые позволят снизить риск или уменьшить связанные с ним нежелательные последствия. Поэтому учитываются дополнительные затраты на изменение или совершенствование технологии, создание резервов из запасов и т. д. Также, указанный механизм должен предусматривать сценарии изменения правил поведения участников инвестиционного процесса в связи с возможными изменениями условий его осуществления. Перечисленные выше меры по стабилизации механизма реализации инвестиционного замысла проекта требуют дополнительных затрат от его участников. Эти дополнительные затраты также должны учитываться при расчетах экономической эффективности инвестиций. Неопределённость условий и риск реализации инвестиционного проекта не являются заданными. При реализации проекта не обходится без непрерывных изменений в условиях хозяйствования, экономическом законодательстве и т. д. В связи с этим схема осуществления инвестиционного

проекта должна состоять из постоянного отслеживания указанных изменений другой информации об условиях его осуществления, корректировки принятых сроков выполнения соответствующих работ и мероприятий. Для того, чтобы учесть все факторы риска и неопределённости используется вся имеющаяся информация об условиях его реализации, даже та, которая не выражается в форме определенных законом распределений. В основном в оценке инвестиционного проекта проводятся следующие действия: проверяют устойчивость инвестиционного проекта; корректируют параметры проекта и экономические нормативы; формализуют описание неопределённости. Метод проверки устойчивости – это метод, рассматривающий варианты реализации осуществления инвестиционных проектов с наиболее критическими неблагоприятными условиями. Проект считается устойчивым, надежным, если во всех вариантах влияние неблагоприятных последствий устранимо за счет создания запасов и резервов или они могут быть возмещены страховыми компаниями. Степень устойчивости проекта к возможным неблагоприятным изменениям его осуществления может быть охарактеризована следующими показателями: предельный уровень объема производства, предельная цена производимой продукции и другими параметрами проекта. Предельное значение параметра проекта для конкретного периода его реализации – это значение данного параметра в том же периоде, при котором чистая прибыль становится нулевой. Самым частым методом оценки устойчивости проекта является определение «точки безубыточности». Это понятие подразумевает такую ситуацию, когда предприятие полностью покрывает убытки и деятельность компании начнет приносить реальную прибыль, тогда проект считается относительно надежным. Оценка эффективности предприятия является одним из наиболее ответственных этапов в решении целого ряда стратегических задач, характерных для стадии реализации инвестиционной стратегии. Обоснованное или нет принимаемое инвестиционное решение напрямую зависит от того, насколько объективно и всесторонне проведена эта оценка. Основой оценки эффективности является система показателей, которые соизмеряют инвестиционные затраты предприятия и полученный эффект от реализации этого же предприятия. Важным аспектом в этой связи является сравнение денежных потоков, что обусловлено следующими факторами: временной стоимостью денег, изменяющейся экономической ситуацией. Обычно компании отдают своё предпочтение методу формализованного определения неопределённости. Этот метод является самым точным, но в тоже время он самый сложный. Он включает в себя проведение следующих операций: описание всех предусмотренных и вероятных условий реализации проекта (в форме сценариев или моделей системы ограничений на показатели проекта); определение результатов и показателей эффективности по каждому варианту затрат; определение вероятностей наступления отдельных условий (вариантов) реализации инвестиционного проекта и соответствующих им показателей эффективности; определение показателя эффективности проекта в целом, которым является показатель ожидаемого интегрального эффекта.

Выводы. Неотъемлемой частью инвестиционных проектов являются риск и неопределённость, в связи с этим важно определять степень устойчивости проекта к возможным неблагоприятным изменениям. Кроме того, инвестиционный проект считается устойчивым, надежным, если во всех исходах влияние неблагоприятных факторов устранимо за счет создания запасов и резервов или их могут возместить страховые компании.

Список литературы

1. Инвестиционная деятельность в России: условия, факторы, тенденции – 2017: Стат. бюллетень / Москва: Росстат, 2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_112/Main.htm. Загл. с экрана.
2. Гапоненко Ю. В. Проблемы продвижения диверсификации в национальной экономике // Вестник Волгоградского института бизнеса. – 2008. – № 5. – С. 19–21.
3. Небогатикова Наталья Геннадьевна, Гапоненко Юлия Владимировна Актуальные вопросы формирования и управления инфраструктурным потенциалом регионального продовольственного комплекса // NBI-technologies. 2013. № 2.

4. Касьяненко Т. Г. Инвестиционный анализ: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / Т. Г. Касьяненко. Москва: Юрайт, 2017. 560 с.
5. Инновационные модели и инструменты управления промышленным предприятием: монография / С. В. Волков, Ю. В. Гапоненко, Г. С. Мерзликина, О. А. Минаева, Е. К. Пономарева, В. Ф. Трунина, О. М. Шаталова, С. А. Шевченко; под ред. Г.С. Мерзликиной; ВолгГТУ. – Волгоград, 2015. – 112 с.
6. Российский статистический ежегодник, 2016: статистический сборник / Федерал. служба гос. статистики. Москва, 2016. 725 с.
7. Серов В. М. Инвестиционный анализ: учебник / В. М. Серов. Москва: НИЦ ИНФРА-М, 2018. 248 с.
8. Щербаков В. Н. Инвестиции и инновации: учебник / под ред. В. Н. Щербакова. Москва: Дашков и К°, 2017. 658 с.
9. Шарп У. Ф. Инвестиции: пер. с англ. / У. Ф. Шарп, Г. Дж. Александер, Дж. В. Бейли. Москва: Инфра-М, 2018. 1027 с.
9. Янковский К. П. Инвестиции: учебное пособие / К. П. Янковский. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 368 с.
10. Gushchin, M., Dontsov, D., Gaponenko, Y., Gushchina, E., & Yushkova*, N. (2019). Infrastructural Priorities And Regularities Of Spatial Development Of Regional Systems. In & V. A. Trifonov (Ed.), Contemporary Issues of Economic Development of Russia: Challenges and Opportunities, vol 59. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 474–483). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.51>.

УДК 65.01

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Языкова Екатерина Викторовна, Поздняков Алексей Михайлович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат экономических наук, доцент, заведующий кафедрой экономики и менеджмента Соболева Светлана Юльевна

Введение. В сложных современных условиях деятельность медицинской организации оценивается не только по уровню материально-технического оснащения и уровню клиники, но и в большей степени по профессионализму сотрудников учреждения. В тяжелых реалиях нехватки медицинских кадров остро стоит вопрос кадрового потенциала медицинских работников.

В литературе достаточно много определений кадрового потенциала, один из которых: «кадровый потенциал – это возможности определенной категории рабочих, специалистов, других групп работников, которые могут быть приведены в действие в процессе трудовой деятельности в соответствии с должностными обязанностями и поставленными перед коллективом целями на определенном этапе развития» [2].

Критериями оценки кадрового потенциала служит участие сотрудника в производственной сфере, определенные характеристики качеств сотрудников, отношение его к труду, пригодность к выполнению служебных обязанностей, желание постоянно совершенствовать свои профессиональные навыки [4].

Цель и задачи. Оценка кадрового потенциала для учреждений здравоохранения является актуальной задачей в развитии учреждения. Существует достаточно много методов оценки [1]. Главной задачей диагностики это улучшение деятельности каждого сотрудника, отделения и учреждения в целом. Оценка кадрового потенциала должна решать задачи по улучшению текущей деятельности медицинского персонала, а также определения перспектив и моментов направления развития персонала учреждения здравоохранения, а также поддержание благоприятного

психоэмоционального климата в коллективе [3]. Целью данного исследования является провести оценку кадрового потенциала на примере отделения медицинского учреждения.

Материалы и методы. Одним из самых эффективных методов диагностики кадрового потенциала сотрудников выступает анкетирование и самоанализ. Нами было проведено исследование кадрового потенциала сотрудников физиотерапевтического отделения ГУЗ «ГКБСМП № 25» г. Волгограда данными способами. Анкетирование включало себя оценку степени удовлетворенности и значимости по факторам таких категорий, как здоровье каждого сотрудника отделения, образование, возраст, общий стаж работы, профессионализм (категория), нравственность, творческий потенциал, удовлетворенность в работе, конфликтность в отделении, стремление к труду, рентабельность труда. В исследовании приняли участие 19 сотрудников отделения, включая 1 заведующего отделением, 3 врачей, 15 медицинских сестер. Дополнительными вопросами в анкетировании сотрудников отделения стояли:

- оценка актуальности(необходимости) должности в учреждении;
- уровень качества выполнения должностных обязанностей;
- отношение затрат рабочего времени на выполнение основных функций;
- отношение затрат рабочего времени на выполнение вспомогательных функций;
- отношение затрат рабочего времени на выполнение незапланированных и несвойственных функций.

Параллельно с данным исследованием было проведено исследование в виде опросника для пациентов, которые посещали данное отделение. В опросе приняло участие 60 человек. Вопросы для пациентов включали: оценку профессионализма сотрудников отделения; уровень качества выполняемых физиотерапевтических процедур; нравственность медицинских работников; общая атмосфера в отделении; желание проходить лечение вновь в данном отделении.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выяснилось, что есть расхождения в процентном соотношении в общих вопросах между сотрудниками и пациентами. Приведем данные в табличной форме.

Таблица 1

Сравнительный анализ результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала

Вопрос/ ответили	0 баллов (0 %), чел.	1 балл (25 %), чел.	2 балла (50 %), чел.	3 балла (75 %), чел.	4 балла (100 %), чел.	Средний балл
1. Уровень профессионализма сотрудников						
Медицинский персонал	0	0	1	12	6	2,7 67,5 %
Пациенты	0	0	3	13	44	3,7 92,5 %
2. Уровень качества выполняемых физиотерапевтических процедур						
Медицинский персонал	0	0	1	2	16	3,8 95%
Пациенты	0	0	1	3	57	3,98 99,5 %
3. Нравственность медицинских работников						
Медицинский персонал	0	0	4	5	10	3,3 82,5 %
Пациенты	0	1	5	7	47	3,7 92,5 %
4. Общая атмосфера в отделении						
Медицинский персонал	0	2	5	5	7	2,9 72,5 %
Пациенты	0	1	3	13	43	3,7 92,5 %

Источник: составлено автором.

Результаты свидетельствуют о более высокой оценке различных аспектов оказания и условий медицинской помощи со стороны пациентов по сравнению с оценкой медицинского персонала. По каждому вопросу пациенты дали удовлетворенность сотрудниками отделения более чем на 90 %, когда сами работники оценивали свою работу на 60–70 %. И только на вопрос о качестве проведенных процедур дали более 90 %. Подавляющая часть пациентов предпочла бы повторное лечение в данном отделении (97 % пациентов ответили положительно на вопрос о желании повторно лечиться в физиотерапевтическом отделении). По вопросам отношения затрат рабочего времени на выполнение различных функций у персонала, выяснилось, что в 82 % сотрудники выполняют непосредственно свои трудовые обязанности, а остальные 18 % отходят на выполнение дополнительной работы за счет увеличения нагрузки вследствие нехватки персонала в медицинском учреждении.

Выводы. Деятельность медицинского учреждения оценивается многофакторными показателями. Для полного понимания работы клиники требуется оценка кадрового потенциала сотрудников. Анкетирование пациентов служит указанным целям и может явиться обоснованием для принятия управленческих решений. Проведенное исследование свидетельствует, что уровень кадрового потенциала высок, а медицинские работники оценивают свою работу и ее условия гораздо строже, чем пациенты. Полученные результаты акцентируют внимание на существующие проблемы и дают возможность провести их коррекцию.

Список литературы

1. Синенко Т. А., Соболева С. Ю. Оценка персонала как фактор стратегического развития медицинского учреждения // *Фундаментальные исследования*. – 2020. – № 3. – С. 96–100.
2. Шаповалов К. В. Тенденции кадрового развития потенциала организации здравоохранения // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2014. – № 10. – С. 34.
3. Кравец А. А. Совершенствование технологий управления кадровым потенциалом. Автореферат дис. на соиск. ученой степ канд. эконом наук. Самара. – 2010. – С. 14.
4. Мироседи С. А., Щедрина А. В. Методы оценки кадрового потенциала предприятия. Волжский политехнический институт (филиал) Волгоградского государственного технического университета. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.volpi.ru>. – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 14.10.2022).
5. Тебекин А. В. Управление персоналом: учебник / А. В. Тебекин. – Москва: КноРус, 2009. – 624 с.

СЕКЦИЯ 3

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ

УДК 338.012

ИННОВАЦИОННОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО КАК ДРАЙВЕР РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Антоненко Игорь Владимирович к. э. н., доцент
Сидорович Татьяна Станиславовна к. ф. н., доцент
Россия, Волгоградский государственный университет

Введение. В статье исследуются проблемы формирования инновационной политики региона и предлагаются пути решения указанных проблем, исследуются факторы и проблемы развития инновационного предпринимательства в сфере здравоохранения регионального уровня, способствующие выходу региона на устойчивую траекторию инновационно-технологического развития.

Результаты и обсуждения. Волгоградская область является крупнейшим регионом Южного федерального округа, где природно-климатические условия, а также ресурсный потенциал области, позволяют производить в значительных объемах как промышленную, так и сельскохозяйственную продукцию. В вопросах устойчивого социально-экономического развития на основе имеющегося инновационного потенциала области, значительное внимание уделяется формированию инвестиционного климата, позволяющему привлекать необходимые финансовые ресурсы для стимулирования развития инновационного предпринимательства в сфере здравоохранения.

В качестве мер стимулирования для привлечения инвесторов в инновационную сферу Волгоградской области разработана и реализуется система государственной поддержки инвесторов, включающая в себя: налоговые льготы; налог на прибыль; налог на имущество; транспортный налог; инвестиционный налоговый вычет; заемное финансирование [1].

Благодаря развитой инфраструктуре и системе мер по поддержке инвесторов, за последние три года (2018–2021 гг.) региону удалось увеличить объем инвестиций в основной капитал, что представляет собой значимую основу модернизации предпринимательской среды Волгоградской области, а следовательно, и увеличение инновационного потенциала предпринимательства в сфере здравоохранения. Для Волгоградской области перспективными направлениями стимулирования инновационной активности бизнеса являются: формирование спроса на новые технологии и продукты со стороны потребителей, что, в свою очередь, является стимулом для деятельности высших учебных заведений сферы здравоохранения, исследовательских институтов и компаний Волгоградской области; создание и функционирование системы профессиональной переподготовки и предоставление работникам возможностей для приобретения новых навыков, которые востребованы инновационными компаниями.

Условия рынка, в которых ведут свою хозяйственную деятельность предприниматели региона, также выступают в роли стимулов для внедрения инноваций, так как современные технологии позволяют не только получать продукцию необходимого количества, качества по запланированным затратам, но и обеспечивают по данным параметрам нужный уровень конкурентоспособности предприятий. Так, в 2022 году четыре региональных предприятия, разработавшие и внедрившие проекты в сфере науки и технологий, стали победителями федеральных конкурсов «Развитие-ТЦ» и «Коммерциализация-2022», которые были организованы Фондом содействия инновациям. Общая сумма государственных грантов, которые были выиграны этими предприятиями составила порядка 95 млн рублей [2].

Фонд призван оказать поддержку малым предприятиям региона в научно-технической сфере, а также способствовать вовлечению молодежи в инновационную деятельность и развитию высокотехнологичных областей экономики региона.

Система мер, направленная на стимулирование инновационной активности бизнеса Волгоградской области, позволяет определить основные тенденции, характерные для данной сферы: региональная инновационная политика эволюционирует по мере признания вклада инструментов поддержки в развитие инновационного предпринимательства Волгоградской области; появляются различные элементы инновационной инфраструктуры в регионе; произошла «переоценка» стратегической роли инноваций для современных условий ведения бизнеса на территории Волгоградской области; совокупность реализуемых в Волгоградской области мер в основном имеют финансовый и налоговый стимулирующий характер.

Таким образом, в настоящее время в Волгоградской области сформирован и реализуется комплекс мер по стимулированию инновационной активности бизнеса. Региональная инновационная политика оперирует достаточно широким спектром мер, однако, при этом, значительная часть из них носит либо финансовый, либо налоговый характер, при этом данные меры не имеют четкой отраслевой направленности.

В качестве одной из проблем развития инновационного предпринимательства регионального уровня обозначим отсутствие эффективных связей между научным и деловым сообществом. Тесное взаимодействие науки и бизнес-сектора при активном посредничестве властей Волгоградской области позволит удовлетворять инновационные запросы как внутреннего, так и внешнего рынков, повысить в стратегическом аспекте уровень конкурентоспособности как каждого инновационного предприятия, так и региона в целом. На наш взгляд инновационная структура Волгоградской области нуждается в ресурсе, способном обеспечить субъекты инновационной инфраструктуры и инновационной деятельности информационным и коммуникационным взаимодействием. Данный ресурс должен аккумулировать в себе информацию от различных источников и обеспечивать простой доступ к ней тех, кому она важна и нужна. Кроме того, в его функции будут входить: координация, регулирование и согласованность деятельности инновационных субъектов; аккумулирование информации об имеющихся технических проблемах предприятий региона. Такой ресурс мог бы иметь название «Информационно-коммуникационная сеть развития инновационного предпринимательства в сфере здравоохранения». Создание такого ресурса в инновационной инфраструктуре Волгоградской области позволит решить проблемы интеграции и эффективного взаимодействия всех субъектов инновационной деятельности.

Выводы. По результатам проведенного анализа, все проблемы, развития бизнеса в инновационном предпринимательстве Волгоградской области были условно разделены на две группы: внешние и внутренние. Что касается мероприятий по решению внешних проблем, к ним следует отнести: создание в Волгоградской области «Информационно-коммуникационная сеть развития инновационного предпринимательства в сфере здравоохранения»; повышение качества высшего образования; дальнейшее развитие инфраструктуры поддержки инновационного предпринимательства субъектов малого бизнеса. Для решения внутренних проблем инновационного бизнеса, были предложены следующие мероприятия: разработка предприятиями эффективной инновационной стратегии; формирование условий эффективного управления инновационной организацией; создании инновационным предприятием системы управления, которая должна содержать в себя обязательные элементы по управлению рисками.

Список литературы

1. Индекс научно-технологического развития субъектов РФ – итоги 2019 года. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <https://riarating.ru/regions/20201019/630184542.html>
2. Фонд содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <https://xndtbhaacat8bfloi8h.xnp1ai/fasie-commercialization>

УДК 615.1:001.6

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ И РАЗРАБОТОК ПО УПРАВЛЕНИЮ И ЭКОНОМИКЕ ФАРМАЦИИ

Баркаев Гасбулла Сулейманович

Россия, Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Махачкала

Кабакова Таисия Ивановна

Россия, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Пятигорск

Введение. Специалисты, занимающиеся практической деятельностью в области здравоохранения, обладают базовым знанием, полученным в процессе профессионального образования. Практическая деятельность требует от специалистов систематического обновления исходных знаний, приведения их в соответствие достигнутому уровню развития профессии. Большую роль в получении практическими работниками новых знаний играют диссертационные исследования, поскольку одним из условий их реализации является внедрение в практику основных новых результатов.

В связи с вышеизложенным, целью нашей работы стал аналитический обзор публикаций, объектом которых служили материалы внедрения, предложенные в диссертациях по управлению и экономике фармации (УЭФ); научные специальности 15.00.01 и 14.04.03 – организация фармацевтического дела.

Материалы исследования – организационно-экономические фармацевтические публикации за период 1991–2020 гг.; основные методы – логический и ретроспективный анализ.

В **результате** проведенного нами исследования установлено, что изучение, анализ и оценка внедрения результатов исследований и разработок в практику входят в круг задач, решаемых дисциплиной «Науковедение». Согласно Философскому энциклопедическому словарю 1989 года издания, науковедение – это отрасль исследований, изучающая закономерности функционирования и развития науки, структуру и динамику научной деятельности, взаимодействие науки с другими социальными институтами и сферами материальной и духовной жизни общества. Применение методов и приемов науковедения позволяет оценить эффективность проводимых исследований, научный потенциал и информационный ресурс той или иной научно-практической отрасли, дисциплины, проблемы и др.

Анализ публикаций показал, что в фармации методы науковедения (например, наукометрия) применялись в отношении фармацевтической науки в целом, отдельных дисциплин, научных направлений и проблем. Так, первая работа по анализу внедрений в фармацевтическую практику в рамках науковедения выполнена в 1986 г. Л. С. Федонюк по всем научным специальностям фармации [1].

В период 1991–2017 гг. коллективом авторов под руководством профессора Л. В. Мошковой (Москва) опубликовано большое количество работ по науковедению (наукометрия), однако аспект внедрений освещался в них чрезвычайно редко. В частности, при анализе изобретательской активности в области фармацевтической технологии авторами исследования установлено, что на 1 кандидатскую диссертацию приходилось 0,47 охраняемых документов (в основном – патенты), на 1 докторскую – 4,8 документов. Выявлено отсутствие положительной динамики патентования новых лекарственных препаратов и технологий их получения за период 2000–2009 гг. в сравнении с 1990-ми гг. [2].

По данным Мошковой Л. В. с соавт., с 2010 г. отечественные исследования по УЭФ стали более масштабными, направленными на решение более сложных задач в сфере регионального здравоохранения [3]. Анализ работ за последующий период показал, что большинство (48,9 %) документов внедрено в практику учреждений здравоохранения (учрежденческий уровень);

меньшее число таких документов используется на территориальном (30 %) и федеральном (21,1 %) уровне; новое фармацевтическое знание внедряется в учебный процесс в форме учебников, учебных пособий и программ (7,8 %), а также в виде других материалов (24,4 %) [4].

С целью анализа вклада исследователей в формирование организационно-методических основ аптечных информационных и консультационных услуг изучен массив из 41 автореферата работ по проблемам фармацевтической и лекарственной помощи. Установлено, что из 59 информационных материалов, ориентированных на аптечные информационно-консультационные услуги, 79,7 % материалов предназначались провизорам и фармацевтам, 15,3 % – врачам, 5,0 % – населению. Основные виды предложенных материалов – это методические рекомендации (21 документ), компьютерные программы (10), учебные и учебно-методические пособия (8), методические пособия (6) [5].

Среди приоритетных задач и потребностей практики центральное место занимает лекарственное обеспечение, на совершенствование которого направлено значительное количество исследований и предложены инновационные материалы внедрения. В массиве из 63 диссертаций (47 кандидатских и 16 докторских работ; 2003–2019 гг.) по проблемам лекарственного обеспечения выявлено 385 материалов практического внедрения, в среднем, по кандидатским работам – 4 и по докторским – 12,3 материала, подтвержденных актами внедрения. Материалы внедрения нами были сгруппированы по целевой аудитории (5 групп) и форме внедренного документа (8 групп документов). При этом, что наибольшее количество материалов внедрения предназначалось органам управления (33,25 %) и медицинским работникам (24,16 %), а аптечным работникам адресовано всего 22,34 % материалов. Самая распространенная форма внедрения – методические рекомендации и пособия (43,9 %) [6].

Представленный выше обзор позволяет сделать **выводы** о недостаточном обеспечении аптечной практики методическими разработками на основе нового знания; о целесообразности создания материалов внедрения соответственно реальным потребностям фармацевтического дела.

Список литературы

1. Федонюк Л. С. Многоаспектный анализ диссертаций по фармации // Тез. докл. IV Всес. съезда фармацевтов (Казань, 1986). – М., 1986. – С. 78–80.
2. Мошкова Л. В., Коржавых Э. А. Наукометрический анализ диссертаций по фармацевтической технологии, защищенных в 2000–2009 гг. // Современная фармацевтическая наука и практика: тенденции, инновации, приоритеты: Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 40-летию фарм. ф-та Самарского ГМУ (24–26 мая 2011, Самара). – Самара: Офорт, 2011. – С. 40–41.
3. Мошкова Л. В., Коржавых Э. А. Современное состояние научных исследований по управлению и экономике фармации в России // Основные аспекты развития мегаполисов и фармацевтических кластеров, подготовки и усовершенствования специалистов фармацевтического профиля: Матер. конф. в рамках XX Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство» (Москва, 17 апреля 2013 г.). – М.: ЭкОонис, 2013. – С. 52–56.
4. Значение научных исследований для системы фармацевтического образования / Л. В. Мошкова, Э. А. Коржавых // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики: Матер. міжнарод. науково-практ. Internet-конф. (м. Харків, 28–29 березня 2013 р.). – Харків: Вид-во НФаУ, 2013. – С. 16–24.
5. Информационные аспекты исследований в области фармацевтической и лекарственной помощи / Л. В. Мошкова, Э. А. Коржавых, Е. В. Третьякова, Л. В. Шукиль // Роль провизора в современной системе здравоохранения: Матер. конф. (Омск, 16–17 мая 2013 г.). – Омск: Изд-во ОмГМА, 2013. – С. 95–98.
6. Баркаев Г. С., Кабакова Т. И. Лекарственное обеспечение как объект непрерывной оптимизации: прикладные аспекты диссертационных работ // Лекарственное обеспечение населения Тюменской области (обзор научных исследований за 30 лет): колл. моногр. – Пятигорск: РИА-КМВ, – 2022. – С. 234–246.

УДК 519.7

ВНЕДРЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ДВОЙНИКОВ В МЕДИЦИНУ

Кузьмина Полина Олеговна

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

Введение. Идея использования цифровых двойников как виртуального представления физического объекта используется уже более 30 лет, особенно в космической сфере. Между тем, за последние годы, в связи с полной оцифровкой промышленных предприятий выразился положительный рывок в развитии, продвижении и применении данной технологии. Возрастают требования к безопасности, с каждым днем увеличивается количество материалов и сведений. Цифровые двойники начинают использовать компании всевозможных отраслей разного размера [1].

Цели и задачи. Исследование внедрения идеи задействования цифровых двойников.

Методы исследования. Методологической основой решения сформулированных задач послужило использование методов экономического анализа и синтеза.

Результаты и обсуждение. Цифровой двойник необходим, чтобы смоделировать, что будет происходить с оригиналом в различных условиях. Это помогает сэкономить время и средства (например, если речь идет о сложном и дорогостоящем оборудовании), а также оценить пользу или вред для людей и окружающей среды.

Впервые задумку цифрового двойника описал в 2002 году Майкл Гривз, профессор Мичиганского университета. По мнению Гривза: «в идеальных условиях вся информация, которую можно получить от изделия, может быть получена от его цифрового двойника».

В своей работе Майкл Гривз определил три типа цифровых двойников: прототип «цифрового двойника» (Digital Twin Prototype), экземпляр «цифрового двойника» (Digital Twin Instance) и агрегатор «цифрового двойника» (Digital Twin Aggregate) [2].

Оптимальным отклонением между работой цифрового двойника и его физического прототипа считают 5 % [3].

Отрасль здравоохранения уже использует цифровых двойников для развития и формирования персонализированной медицины, организации продуктивной работы медорганизаций, а также создания новейших лекарственных препаратов.

Одними из первых, кто применил цифровых двойников в медицинской области стала компания Philips. Цифровые двойники были созданы для рентгеновских систем, аппаратов КТ и МРТ на основе информации со встроенных датчиков и программного обеспечения. Контроль технических возможностей аппаратов позволил искусственному интеллекту прогнозировать их дальнейшую работу, диагностировать, фиксировать и тестировать решение проблем; после чего предварительно осведомлять о всевозможных неполадках и сбоях и составлять план обслуживания на время, когда оборудование не эксплуатируется, например, ночью. Также компанией Philips был представлен цифровой двойник реального сердца – первый шаг к полному цифровому двойнику пациента. Эта компания запустила общую программу профилактического обслуживания, которая объединяет информацию с более чем 15 тыс. медицинских устройств. Эти данные отобразили в цифровых моделях оборудования. Компания надеется на то, что цифровые двойники смогут увеличить время бесперебойной работы медоборудования и помочь инженерам в настройке новой аппаратуры.

Кроме того, цифровые двойники также могут помочь облегчить строительство медицинских учреждений. Компания Atlas Construction создала платформу цифрового двойника, которая помогает запланировать и организовать процессы проектирования, закупок и строительства. Она функционирует на базе Oracle Cloud и службы управления жизненным циклом активов Primavera Unifier.

Пандемия COVID-2019 показала нам, насколько слабыми могут быть современные цепочки поставок. Цифровые двойники данных цепочек позволят организациям здравоохранения воспроизводить процессы, чтобы лучше понимать, как планировать ресурсы и закупки оборудования, а также медикаментов. Недавний опрос исследовательской компании Accenture подтвердил, что 87 % руководителей отрасли здравоохранения признают выгоду цифровых двойников в ключевых стратегических партнерских отношениях.

Современное производство лекарств зачастую требует проверки тысяч и даже миллионов опций в строго контролируемой среде. Цифровой двойник лаборатории может помочь автоматизировать эти процессы и улучшить надежность экспериментов. Компания Artificial получила \$21,5 млн от Microsoft и других компаний на разработку программных средств для автоматизации лабораторий [4].

Выводы. Итак, можно сделать вывод, что цифровой двойник – это цифровая (виртуальная) модель любых объектов, процессов, систем или людей. Она с точностью воспроизводит форму и действия оригинала и синхронизирована с ним. Положительные эффекты от внедрения цифрового двойника сильно заметны. Цифровой двойник позволит врачу гарантировать оперативный контроль состояния здоровья пациента, подобрать индивидуальный план лечения и эффективную профилактику. Именно это увеличит шансы пациентов на успешное выздоровление, снизит смертность от заболеваний, повысит качество и продолжительность жизни людей. Кроме того, цифровые двойники смогут тестировать различные лекарства и экспериментировать с назначенной терапией, исключая риски и врачебные ошибки. Реализация проекта цифровых двойников поможет вывести отечественную медицину на новый профессиональный уровень.

Список литературы

1. Как цифровые двойники помогают российской промышленности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rb.ru/longread/digital-twin/> (дата обращения: 29.10.2022).
2. Майкл У. Гривз. Цифровой двойник: Совершенство производства благодаря репликации виртуальной фабрики – ООО, 2014, 7 стр.
3. Прохоров А., Лысачев М. Цифровой двойник. Анализ, тренды, мировой опыт. М.: Альянс-Принт, 2020. 401 с.
4. Виртуальные органы и испытание лекарств: цифровые двойники в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://trends-rbcru.turbopages.org/trends.rbc.ru/s/trends/industry/613b35369a7947506473665e> (дата обращения: 29.10.22).

УДК 004.89

ПЕРСПЕКТИВЫ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В СОЗДАНИИ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кабакowa Акси́нья Денисовна

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

Введение. В настоящий период искусственный интеллект (ИИ) является важной областью ИТ-изучений, а также основным драйвером прорывного индустриального роста. Равно как электричество изменило, а также привело к новой промышленной революции в XIX столетии, таким образом искусственный интеллект а также информативные технологические процессы принимаются на сегодняшний день равно как ресурс глубочайшей изменения сообщества а также экономики в 21 веке.

В соответствии со сведениями IDC, объём рынка решений, основанных на разработках ИИ постоянно растёт. В 2021 г. мировые доходы от программного, аппаратного обеспечения и услуг

в области ИИ составили 383,3 млрд. долл., что на 20,7 % больше, чем в 2020-м. Самым крупным сектором стало ПО ИИ в четырех категориях: доставка и развертывание приложений ИИ, приложения ИИ, инфраструктурное ПО ИИ-систем и платформы ИИ. Рыночная стоимость этих категорий превысила 340 млрд. долл., при этом на долю приложений ИИ пришлось почти половина. Платформы ИИ продемонстрировали рост на 36,6% по сравнению с предыдущим годом [3].

Наибольшую часть данного рынка составляют в частности так называемые «когнитивные» приложения, которые автоматически исследуют сведения, а также оформляют различные оценки, осуществляют мониторинг, рекомендации или прогнозы, применяя способы искусственного интеллекта [2].

Цели и задачи. Изучить технологии глубоких нейронных сетей и глубокого машинного обучения для создания управленческих решений в здравоохранении. Разобраться в чем ключевые различия между программированием и созданием нейронных сетей, как они создаются и нужны ли они. А также выявить главные перспективы нейронных сетей в здравоохранении, объяснить их надобности в современных медицинских решениях.

Материалы и методы. Для написания статьи используются материалы аналитических обзоров и публикации научных статей в периодических изданиях, с применением общенаучных методов анализа и синтеза, системного подхода к обобщению информации.

Результаты и обсуждение. Ключевое различие методов искусственного интеллекта, созданных на основе нейронных сетей и машинного обучения, от обычного программирования складывается в том, что при создании ИИ разработчику программного обеспечения не нужно знать все без исключения связи между входными параметрами и тем итогом, который должен получиться (ответом). Там, где подобные связи хорошо знакомы, либо где имеется надежная точная модель для постановки конкретной проблемы – рационально создавать систему на базе обычных методов алгоритмического программирования. Применение технологий глубокого машинного обучения искусственных нейронных сетей целесообразно там, где нельзя задать четкие правила, формулы и алгоритмы с целью постановки проблемы.

Пока ИИ не способен решать сложные задачи, непосильные и врачу, вроде создания фантастического прибора, самостоятельно сканирующего человека, способного поставить ему любой диагноз и назначить эффективное лечение. Сейчас ИИ может отвечать на более простые вопросы. Но рост точности диагностики посредством внедрения ИИ модулей заставляет задуматься. Но что же тогда нужно для развития данной отрасли?

Конкретные алгоритмы или даже решения – не самое сложное и затратное в успехе ИИ в медицине. В целом, основными барьерами перед массовым применением ИИ в здравоохранении являются следующие 2 аспекта:

1. Наличие большого количества данных для обучения.
2. Профессиональный и креативный подход к тренировке ИИ.

Без выверенных и качественных данных ИИ не будет работать, именно они являются первой серьезной сложностью для внедрения. Без талантливых и разбирающихся людей простое применение готовых алгоритмов к подготовленным данным также не будет давать результат, т. к. ИИ необходимо настраивать на понимание этих данных для того, что бы решать конкретные прикладные задачи [1].

На данный момент времени решение данных проблем по двум аспектам и являются ключевой целью перед внедрением ИИ.

Здравоохранение является одним из основных направлений, которое может предоставить возможность выходить на действительно эффективный уровень развития ИИ на основе нейронных сетей и машинного обучения. Подразумевается, что применение ИИ может широко повысить точность диагностики, упростить жизнь пациентам с различными болезнями, повысить темп разработки и выпуска новых медикаментов и т. д. Кроме исследований в сфере прямого клинического применения, элементы ИИ можно использовать и в различных вспомогательных

процессах медицинской организации. Например, осуществляются попытки обучить ИИ для автоматической диагностики качества работы медицинской информационной системы, в вопросах обеспечения информационной безопасности [1]. Так же, системы ИИ могут помочь с выдачей рекомендаций по своевременной настройке справочников, тарифов или даже заметить аномальное поведение сотрудника и порекомендовать его руководителю направить его на обучение работе с системой, так как возникли подозрения в его невысоком профессионализме и замедленной реакции.

Выводы. Таким образом нейронные сети ИИ могут помочь системе здравоохранения во многих областях их применения. Это один из важнейших современных трендов мирового здравоохранения. Технологии нейронных сетей в корне меняют мировую систему здравоохранения, позволяя кардинальным образом переработать систему медицинской диагностики, разработку новых лекарственных средств, а также в целом повысить качество услуг здравоохранения при одновременном снижении расходов для медицинских клиник.

Список литературы

1. Диденко В. А. // Искусственный интеллект в медицине: главные тренды в мире – Текст: электронный. – https://medaboutme.ru/zdorove/publikacii/stati/sovety_vracha/iskusstvennyy_intell_ekt_v_meditsine_glavnye_trendy_v_mire/ (Дата обращения:22.10.2022).
2. Крылов В. В. // ИИ в медицине: тренды и примеры применения – Текст: электронный. – <https://www.iksmedia.ru/articles/5850863-II-v-medicine-trendy-i-primery-prim.html> (Дата обращения:21.10.2022).
3. IDC// Итоги развития рынка искусственного интеллекта в России – Текст: электронный. – <https://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=prEUR247642121> (дата обращения: 22.10.2022)

УДК 338.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА

Лысикова Анна Александровна

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

Введение. Ассортиментная политика является одним из главных направлений деятельности маркетинговой службы любой организации, однако не все руководители уделяют данному вопросу достаточно внимания. Предприятие, занимающееся реализацией товаров аптечного ассортимента, должно прилагать усилия к его грамотному формированию. Ассортиментная политика должна стать одной из главных составляющих всей политики организации. Это позволит повысить экономические показатели и позиции предприятия перед конкурентами.

Цели и задачи. Изучение и применение современных подходов формирования аптечного ассортимента на примере аптечного пункта №75 ГУП «Волгофарм».

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование ABC – анализа. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, сравнение, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. Выбор лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения очень широк. Аптечные организации на всех этапах своего существования сталкиваются с проблемой неправильного формирования аптечного ассортимента. В условиях современной аптечной конкуренции, организациям необходимо формировать ассортимент так, чтобы удовлетворить спрос в максимально полном объеме и быстрее, чем конкуренты.

В соответствии с Федеральным законом №61 «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 в состав аптечного ассортимента входят:

- лекарственные препараты;

- изделия медицинского назначения;
- посуду для медицинских целей;
- предметы и средства личной гигиены;
- предметы и средства, предназначенные для ухода за больными, новорожденными и детьми, не достигшими возраста трех лет;
- очковую оптику и средства ухода за ней;
- минеральные воды;
- продукты лечебного, детского и диетического питания;
- биологически активные добавки;
- парфюмерные и косметические средства;
- медицинские и санитарно-просветительные печатные издания, предназначенные для пропаганды здорового образа жизни [1].

Для оптимального формирования и управления номенклатурой, аптекам необходимо постоянно проводить анализ своей деятельности. Существует несколько методов анализа деятельности аптеки:

1. Анализ динамики объема продаж по каждой категории препаратов, маржинального дохода, средней суммы покупки и количества покупок.
2. Анализ структуры чеков – для оценки эффективности мерчендайзинга, анализа состава чеков различных групп покупателей и выделения наиболее часто встречающихся и совместно покупаемых товаров.
3. Анализ структуры товарооборота и маржинального дохода (ABC-анализ).
4. XYZ-анализ помогает оценивать и сравнивать стабильность продаж товарных групп или отдельных товаров различного типа спроса либо различных ценовых категорий [2].

Наиболее распространенные – ABC- и XYZ-анализы, которые являются базисом для управления ассортиментом. Но данные методы требуют обработки большого количества данных, поэтому являются самыми сложными.

Группа А включает в себя группы товаров, для которых характерна наибольшая интенсивность реализации. Товары в этой группе – основные в товарообороте, на их долю приходится примерно 70–80 % общего оборота [3].

К группе В относятся товары средней оборачиваемости, пользующиеся значительно меньшим спросом, чем товары группы А. Их удельный вес в общем объеме товарооборота составляет 10–15 % [3].

Группа С состоит из товаров еще меньшего спроса и медленной оборачиваемости. В общем объеме продаж их суммарная стоимость составляет 5–10 %, однако они занимают 40–50 % объема товарных запасов [3].

Преимуществом данной системы является полное исключение случаев дефектуры товара. Система позволяет вовремя выявить позиции, которые нужно заказать, а от каких следует отказаться.

В качестве базы для проведения ABC-анализа мы выбрали аптечный пункт № 75 ГУП «Волгофарм». Анализ показал, что наибольшим спросом пользуются противовирусные препараты, жаропонижающие, обезболивающие и антибиотики. Также, стоит отметить, что в приоритете к покупке у клиентов товары российского производства, по причине более низкой цены.

Выводы. Проблема формирования ассортимента требует планирования всех видов деятельности, которые относятся к отбору продукции в соответствии с требованиями потребителей. Это непрерывный процесс, который длится на протяжении всего жизненного цикла аптечной организации.

Список литературы

1. ФЗ от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
2. Лисовский, П. Организация продажи в аптеке высокоприбыльных товаров / П. Лисовский. // Фармацевтический вестник. № 16 – 2012.
3. Лисовский П. Управленческие перспективы планирования ассортимента в розничной сети // Справочник экономиста. № 7. 2012.

УДК 614.2:364-783.2-053.9-056.24

МЕХАНИЗМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Максимова Маргарита Николаевна

Россия, Казанский государственный медицинский университет

Введение. Пожилые люди и инвалиды – особая категория населения, требующая пристального внимания и поддержки со стороны государства. В 2016 г. в докладе ВОЗ «О старении и здоровье» подчёркивается, что в XXI веке ни одна страна не может позволить себе не иметь скоординированную систему долгосрочной помощи [1].

В связи с увеличением численности граждан старшего поколения, их доли в численности всего населения в РФ, увеличения продолжительности жизни, поставлена цель повышения качества и уровня жизни старшего поколения и инвалидов [2]; к концу следующего десятилетия вхождение России в клуб стран «80 плюс», где продолжительность жизни превышает 80 лет [3]. Для достижения обеспечения достойного уровня и качества жизни граждан пожилого возраста и инвалидов, оказания им необходимого объема социальных и медицинских услуг, а также обеспечения максимального пребывания гражданина в домашних условиях с 2018 г. в РФ начинается внедрение новой модели социального обслуживания населения – системы долгосрочного ухода (СДУ) за гражданами пожилого возраста и инвалидами. С 2019 г. РТ в составе 12 субъектов РФ вступает в пилотный проект по внедрению СДУ.

СДУ – это комплекс мероприятий межведомственного взаимодействия по обеспечению граждан пожилого возраста и инвалидов социальными и медицинскими услугами в объеме и с периодичностью в зависимости от их реальной нуждаемости [3]. Это интеграция медицинского и социального обслуживания населения. Это основа системных изменений.

В 2019 г. в РТ СДУ было охвачено 8 % граждан от числа граждан, нуждающихся в уходе (1638 чел.), в 2020 г. – 16 % (3862 чел.), в 2021 г. – 25 % (4 770 чел.). С 2021 г. СДУ реализуется во всех районах РТ [5]. В 2021 г. в СДУ в РТ участвуют 85 учреждений социального обслуживания, 95 медицинских организаций [4].

Цель: проанализировать и оценить механизм взаимодействий здравоохранения и социального обслуживания в системе долгосрочного ухода. Цель определила **задачи:**

1. Проанализировать условия и порядок предоставления социальных услуг в рамках социальных пакетов ДУ, проведя анкетирование получателей социальных услуг (их родственников, законных представителей), получающих услуги, включенные в социальный пакет ДУ, и сотрудников медицинских и социальных учреждений.

2. Проанализировать показатели оценки эффективности проведенных мероприятий по улучшению условий жизнедеятельности граждан, нуждающихся в ДУ, расширению их возможности самостоятельно обеспечивать основные жизненные потребности.

Теоретическую основу работы составляют труды, диссертационные исследования, авторефераты авторов, изучающих создание и развитие СДУ, основные нормативно-правовые акты, регулирующие предоставление социальных услуг в рамках СДУ; ресурсы глобальной сети «Интернет».

Материалы и методы. Сравнительный анализ нормативно-правовых документов, научных статей, диссертационных исследований, авторефератов; статистических данных; метод индукции для формирования выводов; анкетирование граждан пожилого возраста и инвалидов (их родственников, законных представителей), получающих услуги, входящие в социальный пакет ДУ и социальных работников, предоставляющих услуги в рамках социальных пакетов ДУ; статистический метод; графический метод отображения результатов исследования и др.

Научная новизна работы заключается в том, что впервые исследуется удовлетворенность получателей социальных услуг качеством предоставления социальных услуг, включенных в социальные пакеты ДУ по субъектам ПФО и Республики Татарстан.

СДУ направлена не только на граждан, нуждающихся в постороннем уходе, но и на лиц, осуществляющих уход (родственники, законные представители). Одна из основных задач СДУ – разгрузка родственников пожилых граждан и инвалидов, осуществляющих уход, поддержка семьи и обучение членов семьи элементарным навыкам ухода в быту. Для этого действуют «Школы ухода», где обучаются родственники, осуществляющие уход за престарелым членом семьи или инвалидом.

Выводы. Результаты анкетирования:

- в РТ поменялся порядок оказания социальных услуг;
- идея внедрения социальных пакетов ДУ оправдывает ожидания и получателей услуг, и социальных работников;
- увеличивается количество оказанных социальных услуг, дополнительно были введены 35 социальных услуг;
- большинства граждан удовлетворены составом социальных пакетов и качеством предоставления социальных услуг;
- произошли положительные изменения в жизни пожилых и инвалидов с началом внедрения СДУ;
- необходимо продолжать предоставлять услуги в рамках социальных пакетов бесплатно – низкие доходы граждан пожилого возраста и инвалиды;
- не подтвердилось, что все граждане пожилого возраста и инвалиды, получающие услуги, входящие в социальные пакеты ДУ, охвачены регулярным медицинским патронажем (в разных районах РТ – 36,6–73,8 %);
- благодаря СДУ 40,4% родственников граждан пожилого возраста и инвалидов, которые смогли сохранить работу или устроиться на работу;
- низкие выплаты для граждан, осуществляющих уход за пожилыми гражданами, достигшими 80 лет;
- низкая социальная инфраструктура в отдаленных населенных пунктах.
- снижение вызовов скорой медицинской помощи на дом к гражданам пожилого возраста и инвалидам, нуждающимся в постороннем уходе и получающих услуги, входящие в социальные пакеты ДУ (в разных районах 27,7–65%);
- текущий финансовый дефицит, затрагивающий все сферы социального обслуживания и медицинской помощи на федеральном и региональном уровнях;
- существующие барьеры между социальными и медицинскими ведомствами, вызывающие трудности при оказании медико-социальных услуг;
- разобщенность систем социального обслуживания и медицинской помощи на уровне работы с человеком;
- широкое распространение неформального (родственного) ухода за пожилыми и инвалидами, где зачастую ухаживающие граждане не владеют навыками качественного ухода.

Список литературы

1. Доклад «Всемирный доклад о старении и здоровье». 2016. – С. 156 // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/1> (Дата обращения 19.09.2022).
2. Долговременный уход: сущность, организация, технологии и средства реализации: Учебно-методическое пособие / Под ред. Е. И. Холостовой, Л. Н. Кононовой. – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2020. – С. 5.
3. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 «Послание Президента Федеральному Собранию» КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (Дата обращения 05.08.2022).
4. Максимова М. Н., Мутигуллина Д. Д. Анализ опыта внедрения системы долговременного ухода в комплексных центрах социального обслуживания населения Республики Татарстан / М. Н. Максимова, Д. Д. Мутигуллина // Экономика регионов: тенденции развития (научный анализ и практика деятельности). 2020. № 25. – С. 140.

УДК 615.12

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ АПТЕЧНОГО ЗВЕНА ПО ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ФАРМАКОНАДЗОРА

Макаренко П. В.², Робертус А. И.^{1,2}, Иванова О. В.¹, Колосов Ю. А.¹,
Куркин Д. В.¹, Кудрин Р. А.³, Крашенинников А. Е.²

¹Россия, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

³Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Прежде чем выйти на фармацевтический рынок современные лекарственные препараты (ЛП) проходят несколько фаз клинических исследований, а с момента реализации и в процессе применения – нежелательные реакции (НР) на лекарственные средства (ЛС) важны как для пациентов, так и для системы здравоохранения в целом, частью которого является фармаконадзор [1]. Эффективность работы фармаконадзора (ФН) зависит от степени участия всех субъектов обращения ЛС в систему мониторинга их безопасности. Важным звеном ФН являются работники фармацевтической отрасли [2].

Цели и задачи. Исходя из вышеизложенного, целью данной работы являлась оценка информированности фармацевтов/провизоров по вопросам безопасности лекарственных средств и фармаконадзору и анализ способов повышения осведомленности в данной области фармацевтических специалистов и потребителей на уровне аптечной организации (АО).

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужил анализ, обобщение, систематизация и оценка информации о степени осведомленности фармацевтических работников о фармаконадзоре. Обработывалась информация, полученная из научной литературы и результатов анкетирования фармацевтических работников (ФР).

Результаты и обсуждение. Фармацевтические работники (провизоры, фармацевты), как участники системы обращения ЛС, представляют собой немаловажную часть ФН, их роль в сборе информации о безопасности лекарств после выхода на рынок возрастает, в связи с тем, что поскольку ФР напрямую взаимодействуют с большим числом пациентов принимают информацию о случаях возникновения НР и отсутствие терапевтического эффекта (ОЭ) на ЛП.

Однако до настоящего времени активность фармацевтических работников в выявлении и предоставлении отчетов о НР на ЛС в службу ФН как в нашей стране, так и за рубежом, остается на низком уровне. А именно, масштаб проблемы практики и знаний фармацевтов и провизоров в области ФН подтверждается проведенным социологическим исследованием, по результатам которого лишь 33,3 % опрошенных сотрудников первого стола знают, что такое ФН.

Почему же сотрудники первого стола не сообщают о НР или же отсутствию эффективности ЛП? Среди наиболее важных причин можно выделить: дефицит знаний в области ФН; неосведомленность о форме извещения о НР и ОЭ лекарственных препаратов и где её заполнять (75 % респондентов не ознакомлены с бланком извещения); неправильное представление о том, что отчетность о НР является обязанностью только врача (такой ответ дали 28,6 % опрошенных).

Фармаконадзор – это больше, чем просто спонтанная отчетность, а оценка продаваемых лекарственных препаратов – это больше, чем просто фармаконадзор [3]. Необходимо правильно соблюдать надлежащую практику ФН для обеспечения того, чтобы данные собирались и использовались действующим образом и для правильной цели [4].

Необходимо помнить о том, что ФР это необходимая и важная часть ФН, в АО в связи с этим нужно организовывать периодическое обучение персонала с целью повышения профессионализма в области ФН, безопасности ЛП. Согласно результатам проведенного опроса, наиболее удобной формой фармацевтические специалисты считают курсы повышения квалификации или же специализированные лекции.

На основании проведенного анализа представляется целесообразным для осуществления функции мониторинга безопасности ЛС на уровне розничной аптеки:

- создание глоссария для использования определения НР, ОЭ, нежелательное явление и др.;
- внедрение СОП о порядке действий провизоров/фармацевтов при обнаружении у посетителя нежелательного явления;
- наличие бланков-извещения о НР и ОЭ ЛП, которые могут быть заполнены сотрудником, прошедшим подготовку по основам фармаконадзора, либо непосредственно пациентом/потребителем;
- распространение информации о безопасности ЛС среди потребителей в виде буклетов и плакатов, содержащих информацию о НР, ОЭ и фармаконадзоре, куда и как они могут сообщить информацию.

Выводы. Таким образом, внедрение системы фармаконадзора на уровне аптечных учреждений повысит ответственность фармацевтических работников в отношении мониторинга эффективности и безопасности ЛС, обращающихся на фармацевтическом рынке в нашей стране, а также позволит повысить информированность населения в вопросах эффективности и безопасности ЛС, что также будет способствовать привлечению пациентов/потребителей к системе фармаконадзора.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 N 61-ФЗ
2. Шипков. В., Фармаконадзор. Принципы надлежащей практики фармаконадзора и рекомендации в отношении биотерапевтических препаратов // Ассоциация международных фармацевтических производителей (АИРМ). 2016
3. Асецкая И.Л., Зырянов С.К., Колбин А.С., Белоусов Д.Ю. Система фармаконадзора в Евразийском экономическом союзе // Качественная клиническая практика. – 2018. – №4. – С. 53–72.
4. Сименив С., Латышева О., Крючков Д. Система фармаконадзора в России и ЕАЭС// 2017.

УДК 332.1: 364

МЕМОРАНДУМ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В БОЛЬШОМ ГОРОДЕ: КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДОЛГОЛЕТИЯ

Медведева Ксения Артемовна¹

¹Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

²Россия, Волгоградский государственный технический университет

Научный руководитель: к. м. н., доцент Шалаева Светлана Сергеевна¹,

д. э. н., профессор Медведева Людмила Николаевна²

Введение. Актуальность исследования обосновывается тем, что по данным ВОЗ продолжительность жизни и количество людей старших возрастов постоянно растет, к 2025 году должно достичь 1 млрд. В России насчитывается 30 млн. чел. старше трудоспособного возраста, в Волгоградской области – 759 тыс. чел. (из них, 23 % – инвалиды). Одно из доминантных направлений больших городов – активное долголетие и полноценное питание, формирование экологических экотонов, развитие цифровой медицины [1].

В России приняты законы, направленные на сбалансированное питание: Доктрина продовольственной безопасности РФ, Стратегия повышения качества и безопасности пищевой продукции РФ до 2030 года. На уровне ООН – Венский международный план действий по проблемам старения (1982), Шанхайская резолюция по проблемам старения (2002). Учеными был разработан индекс активного долголетия, определен биологический резерв жизни человека (30–45 лет). В число лидеров по продолжительности жизни входят Япония и Швеция (более 82 лет). Этого они

добились, проводя политику поддержания физической работоспособности пожилых людей. В Японии большое внимание уделяется первичной профилактике, принята Программа «Health Japan 21», повышающая осведомленность пожилых людей о состоянии здоровья. Перспективным считается создание продуктов геродиетического профиля обогащенных нутриентами, премиксов, позволяющих корректировать рацион питания [2]. В числе основоположников создания сбалансированных продуктов питания входят: Григоров Ю., Чеботарев Д., Покровский А., Краюшкин С., Шалаева С. По мнению Академика РАН Чеботарева Д. Ф., питание является единственным средством, пролонгирующим видовую продолжительность жизни на 25–40 %. Исследования, проводимые учеными многих стран мира, показали, что с пищей в организм поступает более 600 различных веществ, полностью обеспечивающих человека энергией. В процессе старения в организме снижается способность ассимилировать белки, в результате чего увеличиваются эндогенные потери белковых, минеральных компонентов пищи [3, 4]. Развитие у престарелых лиц витаминной недостаточности может привести к дезадаптации ферментных систем и связанных с ней нарушений окислительных процессов, а также к развитию сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета [3, 4]. В число направлений создания продуктов геродиетического назначения входят: полностью сбалансированные продукты, предназначенные для коррекции питания, пищевые модули (премиксы).

Цель исследования – включение в рацион питания продуктов из сои и профилактика гериатрических болезней у пожилых жителей больших городов.

Материалы и методы. Исследование проведено на основе контент-анализа российских и зарубежных публикаций, материалов исследований медицинского университета, клинике «ВитаНова», ФГБНУ ВНИИОЗ (Волгоград).

Результаты и обсуждение. Численность пожилых людей в России растёт стремительно без замещения равноценным количеством трудоспособных граждан [1]. В ходе опроса, проведенного в медицинской клинике «Вита Нова», было установлено, что 73 % пациентов пожилого возраста дают негативную оценку своему здоровью; 40,1 % указывают на низкую востребованность профессиональных навыков в обществе; 48,6 % не удовлетворены своей жизнью. В последние годы «пожилые люди» стали отдельной демографической категорией, требующей особого внимания. В стране действует 4192 государственных учреждения, предоставляющих социальные услуги пожилым людям, 30 геронтологических центров. Современная медицина сформировала основные принципы питания пожилых людей: уменьшение потребляемых углеводов (300–320 г, т. е. 50 – 55 % общей суточной калорийности); оптимальное соотношение в рационе белков, жиров и углеводов: 1: 0,9: 3,5. Для мужчин (60–75 лет) необходимо: 2300 ккал, белков 70 г, жиров 77 г, углеводов 333 г. Для женщин (60–74 года): 2100 ккал, белков 65 г, жиров 70 г, углеводов 305 г. Рекомендуются ограничивать количество жиров животного происхождения, заменяя их растительными до 1/3 общего его количества. Соя (лат. *Glycine max*) – однолетние белково-маслянистая бобовая культура. В России под соей 3 млн га (урожайность – 1,6 т/га). Волгоградская область относится к перспективным зонам для возделывания сои на орошении. Ученые ФГБНУ ВНИИОЗ ведут селекцию новых сортов сои (рис. 1, табл. 1) [5].



Рис. 1. Сорт сои Волгоградка 2 и получаемые из нее продукты.

Таблица 1

Состав сои волгоградской селекции по протеину и жиру, %

Сорта	Содержание сырого протеина		Содержание жира	
	Колебания	Среднее	Колебания	Среднее
ВОЛГОГРАДКА 1	34,5–41,3	37,2	18,6–19,2	19,1
ВНИИОЗ 86	36,5–40,6	38,8	18,5–18,7	18,1
ВНИИОЗ 76	34,4–40,3	36,8	19–19,7	19,3
ВНИИОЗ 31	34,5–40,5	37,2	18,6–19,1	18,6
ВОЛГОГРАДКА 2	37,4–39,6	38,6	17–19	18,3

Соевый белок усваивается организмом на 93–95 %, что близко к усвояемости белка рыбы и мяса. Соевое молоко используется в качестве альтернативы обычному молоку людьми, которые не переносят молочные продукты, а сыр тофу – источник растительного белка в вегетарианской диете. Соя богата: углеводами, белками, жирами, витаминами С, В₆, К, тиамин, рибофлавином, железом, магнием, фосфором, цинком, марганцем, медью. Кроме того, соя содержит пребиотическое волокно, стеролы и изофлавоны. Соевый белок содержит все девять незаменимых аминокислот, которые человеческий организм не может вырабатывать самостоятельно и должен получать с пищей. Гликемический индекс сои – 15 ед., калорийность 100 г сухих семян составляет – 330 ккал.

Выводы. Проблема увеличения продолжительности жизни является многогранной, так как на процесс старения влияют взаимосвязанные эндогенные и экзогенные факторы. Положительный опыт ведущих стран мира показывает, что для достижения активного долголетия человеку в большом городе необходимо создание условия, обеспечение лекарственными препаратами, сбалансированное питание. Получаемые учеными ФГБНУ ВНИИОЗ высокопродуктивные сорта сои, могут использоваться для сбалансированного и диетического питания. Из бобов сои Волгоградка 1 можно получить 8 литров высококачественного соевого молока, 1,5 кг сыра Тофу. Лучшими сортами для пищевого использования являются Волгоградка 1, ВНИИОЗ 86.

Список литературы

1. 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. 012032.
2. Джабоева А. С., Зукаева Т. Б. Рациональное питание как основной фактор здоровой жизни пожилых людей // Известия Кабардино-Балкарского аграрного университета. – 2021. – № 4 (34). – С. 27–34.
3. Шалаева С. С. Оценка влияния терапии мельдонием в составе комбинированной терапии у больных с диабетической автономной кардиальной нейропатией на показатели вариабельности сердечного ритма // Инновационные технологии в эндокринологии. – Москва. – 2021. – С. 156–159.
4. Краюшкин С. И., Родионова О. Н. Сахарный диабет и COVID-19: особенности ведения больных // Лекарственный вестник. – 2020. – Т. 14. – С. 29–33.
5. Толоконников В. В., Медведева Л. Н. и др. Селекция отзывчивых на орошение сортов сои с обоснованием экономической значимости для национальной экономики // Известия Нижневолжского агроуниверситетского комплекса. – 2020. № 4 (60). – С. 68–79.

УДК 616-092.4:519.25

О ПРОБЛЕМАХ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНЕ

Пискарева Мария Евгеньевна, Беляк Мария Александровна,

Потоцкая Лидия Аурелиевна, Морозов Артём Михайлович

Россия, ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинский университет» Минздрава России

Введение. В настоящее время практически невозможно полноценное развитие медицины без экспериментов, демонстрирующих большую эффективность среди прочих методов биомедицинского исследования [1, 2, 3]. Однако преднамеренно жестокое обращение с испытуемыми является недопустимым. Так, проблема установки основных принципов обращения с животными на законодательном уровне остается актуальной в РФ: отсутствуют законы, четко регулирующие правила проведения экспериментальных исследований и отношение к лабораторным животным, а также действенные способы системного контроля и наказания за их несоблюдение. Единственным путем решения настоящей проблемы является продолжение дальнейшего совершенствования правовых механизмов обеспечения гуманного обращения с животными [4, 5].

Цели и задачи. Целью статьи является определение основных юридических и этических аспектов, допускающих проведение острого и хронического экспериментов на подопытных животных.

В соответствии с поставленной целью были выделены следующие задачи:

1. Определить основные юридические аспекты острого и хронического экспериментов.
2. Определить основные этические аспекты острого и хронического экспериментов.

Материалы и методы. В рамках настоящего исследования был проведен обзор и анализ литературных источников, опубликованных в течение последних 5 лет, по теме юридических и этических аспектов проведения острого и хронического экспериментов.

Результаты и обсуждение. К основным результатам проведенного исследования можно отнести:

1. К юридическим принципам проведения эксперимента относятся:
 - Осуществление эксперимента на подопытных животных возможно лишь при подтверждении важности полученных научных знаний;
 - Использование минимально допустимой выборки испытуемых для получения максимально точного результата;
 - Использование соответствующих нормам, принятым в ветеринарной практике, анестетических (в том числе и наркотических) препаратов;
 - Безболезненная эвтаназия подопытных при отсутствии возможности избавить их от причиненных страданий.

В настоящее время в России частично регулирующим морально-правовые нормативы обращения с лабораторными животными документом являются «Правила надлежащей лабораторной практики» (2003), устанавливающие требования к устройству и производству доклинических испытаний лекарственных средств для последующего медицинского использования, а также структуре результатов и проверке качества упомянутых научных работ на территории РФ [6]. Замечания об отношении к испытуемым встречаются и в Федеральных законах № 498-ФЗ, № 52-ФЗ и в статье № 245 УК РФ. Однако их действие не распространяется на использование подопытных животных [2, 5, 6, 7].

2. Одним из ведущих этических показателей использования животных в качестве объектов исследования является максимально возможное уменьшение их страданий за счет обязательного применения анестетических и седативных препаратов. В случае влияния используемых препаратов на результаты эксперимента, необходимым является дополнительное согласование проведения

эксперимента с этическим комитетом. Для исключения жестокого обращения с животными вопросы лабораторных исследований с их участием регулирует законодательство, а также осуществляется контроль независимым, строго следующим морально-правовым аспектам, органом [2, 4]. В настоящий момент в правовой и этической сферах проведения экспериментов *in vivo* наиболее актуальной является концепция «3R», включающая следующие принципы [1, 6]:

- Reduction – сокращение выборки подопытных животных.
- Refinement – усовершенствование условий содержания животных и работы с ними, причинение минимальной боли в ходе исследования.
- Replacement – использование в эксперименте беспозвоночных животных, клеточных и молекулярно-биологических тестов, методов компьютерного и математического моделирования.

Выводы. Таким образом, по результатам проблемы уместности и обоснования экспериментов на животных остаются нерешенными и в настоящий момент. Согласно установленным правилам биоэтики, одним из основных условий проведения экспериментов является максимальное уменьшение страданий подопытных за счет профессиональной подготовки, опыта, квалификации, внимательности и осторожности исследователей, а также знания техники осуществления стандартных операций. Проведение подобных опытов оправдано лишь в целях получения новой научной информации при отсутствии возможности использования других методов исследования.

Список литературы

1. Германчук В. Г., Семакова А. П., Шавина Н. Ю. Этические принципы при обращении с лабораторными животными в эксперименте с патогенными биологическими агентами I–II групп // Проблемы особо опасных инфекций. 2018. N 4. С. 33–38. DOI: 10.21055/0370-1069-2018-4-33-38.
2. Морозов А. М., Сергеев А. Н., Жуков С. В., Беляк М. А., Морозова А. Д. О необходимости и пределах вивисекционных экспериментов в медицине // Биомедицина. 2021. № 17 (2). С. 35–45. DOI: 10.33647/2074-5982-17-2-35-45.
3. Липатов В. А., Северинов Д. А., Крюков А. А., Саакян А. Р. Этические и правовые аспекты проведения экспериментальных биомедицинских исследований *in vivo*. Часть I // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2019. Т. 27, № 1. С. 80–92. DOI:10.23888/PAVLOVJ201927180-92.
4. Мохов Е. М., Кадыков В. А., Морозов А. М., Елисеев М. А., Грошева А. А., Зенин Т. Т., Пельтихина О.В. О возможности использования лабораторных животных в экспериментальной хирургии // Хирургическая практика. 2018. N 2. С. 33–38. DOI: 10.17238/issn2223-2427.2018.2.33-38.
5. Рыбина С.Н. Проблемы правового регулирования ответственного обращения с животными, отвечающие требованиям гуманности // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Экономика и право. 2020. N 10. С. 182–186. DOI: 10.37882/2223-2974.2020.10.27.
6. Липатов В. А., Северинов Д.А., Крюков А.А., Саакян А.Р. Этические и правовые аспекты проведения экспериментальных биомедицинских исследований *in vivo*. Часть II // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2019. Т. 27, N 2. С. 245–257. DOI:10.23888/PAVLOVJ2019272245-257.
7. Ткаченко П. В., Липатов В. А., Привалова И. Л., Северинов Д. А., Хмаро Н. И. Этико-правовые аспекты экспериментальной практики // INNOVA. 2016. N 1 (2). С. 29–35. DOI: 10.21626/innova/2016.1/08.

УДК 615.12

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ СПОСОБЕ РОЗНИЧНОЙ ТОРГОВЛИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Робертус А. И.^{1,2}, Иванова О. В.¹, Колосов Ю. А.¹,
Куркин Д. В.¹, Кудрин Р. А.³, Крашенинников А. Е.²

¹Россия, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

³Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. При заказе ЛП на дом, в большинстве случаев, пациент не имеет возможности получить консультацию медицинского или фармацевтического специалиста и берет на себя ответственность за последствия самолечения.

Цели и задачи. Обозначить проблемы фармацевтического консультирования при дистанционном варианте розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужил анализ, обобщение и оценка информации о способах осуществления фармацевтического консультирования при дистанционном формате розничной торговли лекарственными препаратами.

Результаты и обсуждение. В России стремительно развивается дистанционная продажа лекарственных препаратов (ЛП) и других товаров аптечного ассортимента [1, 2, 3]. Нередко, совершая онлайн-покупку безрецептурного лекарственного препарата, потребитель делает выбор, ориентируясь на информацию в форумах, мнения знакомых и рекламу. Важным представляется также то, что при дистанционном способе торговли ЛП отсутствует важная функция фармацевтического специалиста – фармацевтическая опека [2, 4]. Пациент корректирует лечение самостоятельно, участие врача в процессе лечения нивелируется, снижается роль провизора в подборе безрецептурного ЛП на основе устного опроса пациента. Отсутствие фармацевтического консультирования при онлайн-торговле ЛП увеличивает риск пропустить симптомы, которые требуют обязательной, а зачастую, немедленной консультации врача. Фармацевтический специалист может указать пациенту на неэффективность самостоятельного лечения и объяснить необходимость консультации специалиста, объяснить последствия самолечения, особенно при затяжном течении.

Важный негативный фактор дистанционной реализации ЛП – риск неконтролируемой полипрагмазии. В случае интернет-заказа, потребитель, формируя свой перечень ЛП, ориентируется на симптоматическую фармакотерапию, не учитывая возможного взаимодействия между лекарственными средствами. В ряде случаев самолечения при выявлении провизором полипрагмазии, специалист может заменить несколько ЛП одним – более эффективным, порекомендовать убрать из списка принимаемых ЛП «дублирующие» друг друга по фармакологическому действию, а также ЛП, которые в силу своей медицинской неосведомленности пациент принимает одновременно. Заказывая ЛП онлайн, пациент, не имеющий знаний об увеличении количества нежелательных реакций при одновременном приеме большого количества ЛП, может подвергаться опасности. Бесконтрольное самолечение, отсутствие «помощи» фармацевтического специалиста, а также сочетание активной рекламной информации и доступности интернет-заказа ЛП, может привести к увеличению случаев полипрагмазии.

При дистанционном формате розничной торговли лекарственными препаратами значительно сложнее отслеживать не только явления полипрагмазии, но и частоту нежелательных реакций. Фармацевтический специалист не может «наблюдать» пациента при повторном обращении в аптеку, а значит и проконтролировать отсутствие у него побочных эффектов, нежелательных реакций и эффективность лекарственной терапии, что особенно важно в случае самолечения.

Максимальному риску подвержены гериатрические пациенты, которым зачастую онлайн-заказ оформляют более молодые родственники. Желая помочь пожилому больному, они нередко ориентируются на рекламную информацию и интернет-источники, не консультируясь с врачом. Учитывая, что гериатрические пациенты маломобильны, для них удобна доставка ЛП на дом, а в случае «самовывоза» из аптеки, зачастую эту функцию выполняют социальные работники. Таким образом, пожилой пациент в случае дистанционной продажи ЛП в большинстве случаев, принимает безрецептурные ЛП без медицинской и фармацевтической консультации.

Отсутствие полноценного консультирования специалиста в случае дистанционной торговли увеличивает риск случаев межлекарственного взаимодействия. Привычные рекомендации провизора, такие, например, как, «принимать ЛП с интервалом от других ЛП не менее часа», «не принимать совместно с ...» отсутствуют в случае онлайн заказа. При дистанционной покупке пациент лишается подобных важнейших рекомендаций, добавим также, что лишь небольшой процент потребителей читают инструкцию по применению ЛП, и в результате риск случаев нежелательного межлекарственного взаимодействия возрастает.

Подводя итог, можно сказать, что развитие розничной торговле ЛП дистанционным способом не снижает потребности в фармацевтическом консультировании как одной из важнейших составляющих оказания качественной фармацевтической помощи населению. В данном аспекте целесообразным представляется развитие оказания консультационных фармацевтических услуг в дистанционном формате, в частности, развитие специализированных колл-центров с возможностью пациента получить консультацию провизора при формировании онлайн заказа.

Выводы. Таким образом, в условиях непрерывного роста онлайн-продаж лекарственных препаратов с доставкой на дом, минуя офлайн аптеку, целесообразным представляется развитие системы оказания консультационных фармацевтических услуг дистанционным способом.

Список литературы

1. Онлайн-реальность развития фармацевтического рынка России. Красильникова Е. А., Никишин А. Ф. Вестник Алтайской академии экономики и права. 2019. № 4–2. С. 217–221.
2. Актуальность и этические аспекты доставки лекарственных препаратов на дом. Черепанов Ю. А. В сборнике: Вестник Пермской государственной фармацевтической академии. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции. Пермь, 2021. С. 443–445.
3. Чуднов, А. А. Интернет-аптеки в условиях меняющегося законодательства, регулирующего дистанционную торговлю лекарственными препаратами / А. А. Чуднов, С. З. Умаров // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2020. – Т. 22. – № 8. – С. 75–80.
4. Актуальные аспекты законодательства в отношении дистанционной продажи лекарственных препаратов на территории РФ. Егорова А. В. Современная организация лекарственного обеспечения, 2021, Т. 8, № 1. С. 46–49.

УДК616-006.6

ВНЕДРЕНИЕ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Тимошенко Анастасия Валерьевна

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

Введение. Каждый год мир теряет 8–9 миллионов человек, умирающих от рака. Вероятность заболевания этим страшным недугом напрямую связана с возрастом. В РФ у женщин начинают диагностировать онкологические заболевания с 25 лет. Риск удваивается в два раза через каждые 4 года, достигая максимума в промежуток между 60 и 70 годами. Мужчины начинают болеть чуть позже – с 35 лет. До 55 лет показатель количества заболевших мужчин на 30 %

ниже женского показателя, в 55–59 лет риски становятся одинаковыми, а затем с 60 до 70 лет отмечается превышение числа заболевших мужского пола, нежели женского [1].

Достаточно сильным и инновационным методом лечения трудноизлечимых заболеваний стала ядерная медицина.

Цели. Выявить перспективы развития ядерной медицины в РФ и узнать стадию внедрения в учреждения здравоохранения на сегодняшний день.

Материалы и методы. Для исследования использованы общенаучные методы анализа и синтеза, с помощью интернет-ресурсов определены тенденции в развитии ядерной медицины в России.

Обсуждения и результаты. В России в последнее время фиксируется высокий показатель роста заболеваемости онкологией. В одной только Ростовской области диагностируются более 14 тысяч случаев рака в год, а в регионах, где экология хуже, значения в разы выше. Но нельзя сразу настраиваться на смертельный исход болезни: своевременные и точные технологии помогают с выбором метода лечения и отслеживают его эффективность. Достаточно часто у пациентов фиксируется ремиссия, а иногда и полное выздоровление.

Ядерная медицина – это раздел медицины, в котором используются радиоизотопы. С помощью таких технологий вводятся в организм небольшие и безопасные дозы препаратов, в которых содержится радиоактивный материал. Также они могут использоваться для диагностики и лечения тяжелых заболеваний, например, рака [2].

Медицинские эксперименты в США с конца 1930-х гг. послужили стимулом для начала применения ядерной энергии [3]. Сегодня ядерная медицина широко используется в неврологии и нейрохирургии, кардиологии и сердечнососудистой хирургии, спортивной медицине и ортопедии, эндокринологии. Наиболее важное значение ядерная медицина имеет в онкологии для диагностики и лечения ново- и злокачественных образований.

Высокая эффективность и уникальность использования ядерной медицины основана на применении высокотехнологичного оборудования и радиофармпрепаратов (РФП) в формате открытых источников ионизирующего излучения, способных держаться в определенных морфологических структурах и патологических очагах или показывать динамику протекающих в органе биохимических или физиологических процессов.

У ядерной медицины на сегодняшний день есть три направления— радионуклидная диагностика и два вида терапии: радионуклидная (введение радиоактивных изотопов в опухоль) и лучевая (прямое облучение). Все три используют радиофармпрепараты, а именно, фтордезоксиглюкозу, которая применяется в ПЭТ/КТ-диагностике 95 % онкологических заболеваний. Ее создают в «ПЭТ-Технолоджи» в городах Елец и Уфа. Ежедневно им присылаются заявки из центров ядерной медицины, после чего данная компания синтезирует и отгружает в нужном количестве необходимый радиофармпрепарат. После, с максимальной скоростью – в течение шести часов – происходит доставка к месту назначения посредством авиа- или автотранспорта. Один циклотрон в Ельце обслуживает более шести диагностических пунктов в центральных регионах России, а уфимский – на Волге и Урале. Сегодня в России насчитывается 13 центров ядерной медицины, а коек – более 200. Основная часть медучреждений данного профиля находится в центральной части России, также есть такие центры на Урале (в Челябинске) и в Сибири (Красноярск).

Еще к одному из перспективных направлений можно отнести векторную доставку: российские ученые разрабатывают схему химической доставки атома не только в ткань, но и в ядро самой клетки, чтобы точно ее «убить».

На сегодняшний день рост ядерной медицины в РФ равен 7 процентам в год, но в дальнейшем ожидается, что этот показатель будет значить 15 процентных пунктов. Добиться такого результата планируется с помощью применения большего количества технологий, а также благодаря повышению цен на оказываемые услуги [4].

Как прогнозируют аналитики, которые работают в Национальном исследовательском ядерном университете МИФИ, к 2030 году мировой объем рынка ядерной медицины, составляющий

на сегодняшний день 24 миллиарда долларов США, возрастёт до 43 миллиардов долларов. Это значение основывается на 2 сегментах, а именно, на рынке радионуклидной диагностики, повышающейся в год на 7 процентных пунктов, а также на рынке радионуклидной терапии, которая возрастает на 28 % ежегодно.

Лидерами ядерной медицины, как сложилось исторически, можно считать США. Также на передовых позициях числятся Япония, Германия, Швейцария, Италия, Бельгия, Испания, Франция и Турция. Доля же Российской Федерации, составляет порядка пяти процентов на мировом рынке. Чтобы выйти на лидерские позиции, Россия должна совершить прорывные научные исследования, для чего необходимо иметь современное оборудование. Также важным фактором являются подготовленные научные кадры [5].

Выводы. С помощью доступной диагностики продолжительность и качество жизни больных раком, в особенности с третьей его стадией, могут быть увеличены. Эффективность лучевой терапии зависит от разработок радиотерапевтического оборудования, источников излучения, применяемых новых технологий в лучевом лечении, от многочисленных радиобиологических исследований, показывающих механизмы регрессии опухоли под влиянием облучения. Также важно подготавливать высококвалифицированные кадры, которые могут использовать свое непрерывное медицинское образование для достижения наибольшей диагностической и лечебной помощи пациентам. Именно в данных направлениях РФ стоит работать для получения большей доли рынка в данной отрасли и достижения максимальных показателей в лечении онкологических заболеваний.

Список литературы

1. Кузнецов Д. А. Что такое ядерная медицина и как устроена инфраструктура вокруг нас [Электронный ресурс] // 2018. URL: <https://nauka.tass.ru/tech/6820110> (Дата обращения: 23.10.22)
2. Чернов В. И., Медведева А. А., Синилкин И. Г., Зельчан Р. В., Брагина О. Д., Чойнзонов Е. Х. «Ядерная медицина в диагностике и адресной терапии злокачественных новообразований» // Бюллетень сибирской медицины, № 1, 2018, стр. 220–231.
3. Donner Laboratory: The Birthplace of Nuclear Medicine // J. Nuclear Medicine. 1999. Vol. 40 (1). P. 16–17.
4. Глобалмск.ру// 2021. URL: <https://globalmsk.ru/news/id/50495>. (Дата обращения: 23.10.22)
5. Росатом//2021. URL: <https://rosatom.ru/index.html>

УДК 338.462

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Тихонова Алена Игоревна

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

Введение. Для определения основных подходов к оценке инновационного потенциала, а также его влияния на перспективы дальнейшего развития организации, необходимо рассмотреть понятие «инновационный потенциал», его ключевые составляющие и специфику, конкретно для системы здравоохранения [1].

Результаты и обсуждение. В современной практике роль инновационной деятельности возрастает во всех сферах общественной жизни. Инновационная деятельность способствует повышению экономической эффективности деятельности людей [3].

С позиции аутентичного перевода понятия «инновация», для использования в научных целях – это введение нового, процесс внедрения новшества, новации. В научной практике инновационным процессом называется процесс преобразования новшества в инновацию.

Инновационный потенциал как понятие и явление науки достаточно многогранно.

Кондратьев Н. Д. основывался на объяснении закономерных связей «повышательных» и «понижательных» волн экономических циклов, «волн технических изобретений», а также возможностей практической применимости исследуемых процессов.

Йозеф А. Шумпетер стал развивать понятие «инновация» как новую экономическую категорию. При этом под инновацией он понимал трансформацию хозяйства на любой момент времени с целью внедрения новшеств, современных методов производства, новых видов товара и т. д. для последующего использования, в результате чего предприниматель получает прибыль, так как без развития не будет прибыли, а без прибыли не будет и развития» [4].

При этом, для того чтобы новая идея получила воплощение в виде новой технологии или нового продукта, она должна обладать критериями научно-технической новизны, практической применимости и коммерческой реализуемости. Эти критерии значат, что сама по себе новая идея, как бы формализована и представлена в схемах и чертежах, но это еще не инновация (новшество), до тех пор, пока она не воплощена в практических продуктах, услугах или процессах [4].

Кадровый потенциал играет особую роль в инновационном развитии современной медицинской организации, так как кадровый потенциал – это резерв, требующий отдельной системы своего управления (Е.А. Мильская). Задачами, влияющими на его эффективное использование на предприятиях, использующих инновационный тип развития, являются: квалифицированное развитие персонала организации; создание условий для оптимально эффективной работы кадрового состава [2]. Только при оптимально правильном проведении оценки кадрового потенциала возможен переход на новый уровень развития и установления социальной значимости любой организации. Для наиболее эффективного не только функционирования, но и развития организации инвестировать средства необходимо не только в управление и производственно-технологические процессы, но и в непосредственно человеческий капитал, а также в его оптимальную оценку и стабильное развитие [3].

Выводы. Таким образом, внутренний потенциал организации включает как деятельность по производству товаров и предоставлению услуг, так и способность организации рационально использовать имеющиеся ресурсы с целью преобразования их в продукты и услуги в результате своей деятельности, а также организационные технологии и общее руководство. Ресурсный потенциал рассматривается отдельно по каждому из компонентов: материально-технические, информационные ресурсы, финансовые и трудовые ресурсы.

Список литературы

1. Коробейников, О. П. Роль инноваций в процессе формирования стратегии предприятия / О. П. Коробейников, А. А. Трифилова, И. А. Коршунов // Менеджмент в России и за рубежом. – 2009. – № 3. – С. 29–44.
2. Мильская, Е. А. Анализ кадрового потенциала инновационного предприятия / Е. А. Мильская // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Экономические науки. – 2009. – № 6–2 (90). – С. 102–108.
3. Пшеничников, С. В. Инновационная деятельность и её структура / С. В. Пшеничников // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. – 2010. – № 2. – С. 72–75.
4. Садовой, М. А. Современные аспекты инновационной деятельности в здравоохранении / М. А. Садовой, В. В. Кан, Р. А. Казаков [и др.] // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 4. – С. 82.

УДК 615.11

LABORATORY DIAGNOSIS OF ENZYME BETA-GLUCURONIDASE IN BLOOD AND SALIVA AND THE ROLE OF INTESTINAL MICROFLORA IN THE DEVELOPMENT OF COLORECTAL CANCER

Al-Humairi Ahmed Hamid

Russian Federation, Volgograd State Medical University
ahmed.h.mneahil@gmail.com

Abstract. This study is directed to clarify the role of beta-glucuronidase (GUSB) in the occurrence and development of colorectal cancer (CRC). This issue is closely related to life of intestinal microflora, since we know about the beta-glucuronidase of bacterial origin, to play an important role in carcinogenesis along with its own enzyme. The study included the results of determining the specific activity of beta-glucuronidase in the blood serum and saliva. We include to research 24 volunteers who did not have or had from one to four risk factors for CRC. Additionally, we performed the fractionation of blood serum and saliva proteins to establish the possibility of native and bacterial enzyme detection. The peaks of GUSB activity, according to the results of gel chromatography, confirm the fact that bacterial forms contributed to the formation of the overall activity of this enzyme in blood serum and saliva. The obtained results can be used to create diagnostic algorithms aimed at screening for increased risk of CRC in humans based on salivary GUSB analysis.

Key words: Beta-glucuronidase, blood, saliva, colorectal cancer.

Introduction. Colorectal cancer is one of the most common human cancers with a tendency to increase the number of diseases and deaths in many countries of the world. More than one million people suffer from CRC every year, in developed countries the death rate from this disease is almost 33 %. To date, for more than 50 years of studying the participation of intestinal microflora in the development of gut tumors, many of evidences have been provided for intestinal microorganisms to play a key role in carcinogenesis. Among the microbiota representatives, such species as Bacteroides, Escherichia, Fusobacterium and Porphyromonas play an important role in CRC occurrence and progression. Some specific bacteria, exempling Bacteroides fragilis, Streptococcus bovis, Escherichia coli, Enterococcus faecalis, and Streptococcus gallolyticus, are very closely related to CRC. Recent human studies have identified new strains of bacteria involved in CRC carcinogenesis, including bacteria of genera Parvimonas, Peptostreptococcus, Porphyromonas, and Prevotella. Beta-glucuronidase (beta-D-glucuronide-glucuronohydrolase, GUSB) is a lysosomal exoglycosidase stimulating the cleavage of beta-D-glucuronides to form D-glucuronic acid, as well as a transglycosylation reaction. Tumorous and chronic inflammatory diseases of liver are typical reason to GUSB increase, but high ulcerative colitis, pancreatic, intestinal, breast and cervical carcinomas, and myocardial infarction may accompany by high GUSB activity in serum. Excessive GUSB activity may be a major factor in the etiology of CRC. The serum GUSB activity in humans is determined by the intake of its own enzyme from tissues and the activity of intestinal bacteria. Evaluation of the activity of lysosomal hydrolases in serum and urine, according to several studies, can be used in the screening diagnosis of intestinal tumors in the early stages of the disease. Saliva is a complex filtrate of blood plasma, and it also contains components derived from the mucous membranes, gingival fissures, and dental plaque, including microorganisms and their products. Saliva can change its composition very significantly and properties after exposition of a various stimuli, so the determination of some biomarkers in saliva becomes an important part of laboratory diagnostics to predict not only oral diseases, and also pathology of other tissues and organs.

The purpose of the study: to establish parallels between the activity of GUSB in the blood serum and saliva of healthy volunteers and individuals at high risk of developing intestinal tumors.

Materials and methods. Characteristics of the surveyed group: Blood and saliva samples were obtained from 24 individuals aged 21-60 years who applied for a scheduled medical examination in connection with their current or upcoming professional activities. The exclusion criterion was the presence of a burdened

anamnesis for the main kinds of somatic diseases. The group also did not include pregnant or nursing women. Due to the need to study saliva, the subjects must have functionally formed dentitions, fillings and individual crowns are allowed, but the presence of removable orthopedic structures, diseases of the oral mucosa and pronounced periodontal pathology was not allowed. Sampling and sample preparation: Blood serum was provided as scrap material for routine biochemical examination of patients. To collect saliva, patients were informed about the purpose and conditions of the study, the methods used. This information we included in the text of the voluntary informed consent to medical procedures. Non-hemolized blood serum was centrifuged at room temperature in the mode of 3200 g for 10 min. When taking saliva, we additionally took into account a number of requirements, primarily the stability of the results, as well as minimal invasiveness for the patient and simplicity. Before sampling patients avoided smoking and exercise within two hours, rinsed their mouths twice with drinking water, removed the remaining water with a clean cloth, and then collected saliva through a sterile funnel into a plastic test tubes with a lid. In parallel, the protein concentration was determined using Coomassie dye according to the method of Marion Bradford. The studies were carried out on a SmartSpec Plus spectrophotometer at a wavelength of 595 nm. Determination of GUSB activity in serum and saliva: To determine the enzymatic activity of SB, we used a Merck KGaA commercial kit in accordance with the manufacturer's instructions. The principle of the method is that in the presence of GUSB activity, p-nitrophenyl- β -D-glucuronide is hydrolyzed to p-nitrophenol as a colored compound and glucuronide. The color intensity is proportional to the activity of the enzyme and it is determined spectrophotometrically at a wavelength of 405 nm. In parallel, we determined the protein concentration using Coomassie dye by Marion Bradford method. The research was performed on a SmartSpec Plus spectrophotometer at a wavelength of 595 nm. The enzyme activity in the test sample was calculated using the formula: $A = K \times E / Pt$. Fractionation of serum and saliva proteins: To carry out gel chromatography we used ENrich SEC 650 column filled with Sephadex G-200. The separated substances were eluted with a borate buffer. As an internal control, for the construction of the calibration curve, a joint injection of a solution containing aliquots of purified human hemoglobin and colored dextran were used.

Results and discussion. In this study, we determined the activity and specific activity of GUSB in blood serum and saliva, as well as the differences in these indicators in different groups of people who are not at risk, as well as with a high risk of CRC. In this regard, we can say that the main cause of changes in the activity and specific activity of GUSB is a factor such as Smoking, while changes are observed in both saliva and blood serum. Next in terms of influence on the specific GUSB activity are two factors: age and obesity, but it is important that smoking is the most powerful factor that affects the GUSB activity. The results of correlation analysis confirm the fact about the GUSB activity in blood serum and saliva to depend on the presence of risk factors for CRC, such as age and smoking. Fractionation of serum and saliva proteins indicates that the main form of GUSB associated with variation in activity due to the presence or absence of risk factors for CRC is Human form of GUSB.

Conclusion. The study of GUSB and its role in the development of colorectal cancer can help reduce the incidence and mortality of this disease. In this work, the activity of GUSB in saliva and blood was studied for the first time as an indicator of the development of CRC. The practical significance of the study is to determine the activity of beta-GUSB in biological fluids in individuals with a high risk of developing CRC.

References

1. Ahmed H. Al-Humairi. Relationship Between Salivary And Serum Act Ivity Of Beta-Glucuronidase And Multiple Risk Factor For Colorectal Cancer // European Journal of Medicine. – 2020. – Vol. 8, № 2.
2. Ahmed H. Al-Humairi. Modern Nanomaterials And Nanotechnology In Diagnosis And Treatment Of Malignant Tumors Of Gastrointestinal Tract // European Journal of Molecular Biotechnology. – 2019. – № 7 (2).
3. Ahmed H. Al-Humairi. Beta-glucuronidase system, intestinal microflora and development of colon tumors

УДК 330.34; 338.2

ИННОВАЦИОННАЯ ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ

Зулхашева Альбина Бауржановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Введение. Государственная инновационная политика – это составная часть социально-экономической политики, которая отражает отношение государства к инновационной деятельности, определяет их цели, направления, формы деятельности органов государственной власти в области науки, техники и реализации достижений науки и техники [1].

Цели и задачи. Рассмотреть инновационную политику государства как инструмент развития экономики.

Материалы и методы. В работе использовался теоретический анализ научной литературы: Агарков С. А., Кузнецова Е. С., Грязнова М. О., Данилина М. В., Щербакова К. С.

Результаты и обсуждение. На формирование инновационной политики России на современном этапе развития влияет ряд положительных и отрицательных факторов [2]. К положительным аспектам можно отнести рост бюджетного финансирования науки, реализация новых инструментов стимулирования инновационного направления, вовлечение важных для разработки и реализации организаций (например, госкомпаний, Вузы). В то же время, отрицательными факторами являются жесткие бюджетные ограничения, медленный прогресс в сфере инвестиционного климата, нескоординированность процесса инновационных нововведений.

Нормативно-правовыми документам, определяющим порядок реализации данной программы, являются:

- Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», где отражены основные цели и направления модернизации и развития отечественной экономики;

- Стратегия инновационного развития Российской Федерации, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. № 2227-р, а также в других документах.

За разработку и реализацию данных документов отвечает Департамент стратегического развития и инноваций РФ.

Так в Указе Президента № 204 перечислены цели совершенствования инновационной политики. Это увеличение скорости технического развития Российской Федерации, за счет увеличения количества организаций и предприятий, которые осуществляют технологические инновации; внедрение цифровых технологий в экономической и социальных сферах.

С 2020 года начата подготовка программы по актуализации Стратегии инновационного развития России, подготовлена факторная модель для достижения поставленных целей.

К основным направлениям политики инновационного развития относятся: популяризация инновационной деятельности; развитие системы господдержки инноваций; субсидирование и инвестирование инновационного сектора; развитие новых отраслей и искусственного интеллекта.

Выводы. Таким образом, инновационное направление является одним из приоритетных в развитии экономики страны. Это также позволяет развивать научный сектор через привлечение НИИ, ведущих университетов и поддержку вузовской науки.

Список литературы

1. Агарков, С. А. Инновационный менеджмент и государственная инновационная политика [Текст]: учебное пособие по дисциплине «Инновационный менеджмент»- Москва: Акад. естествознания, 2011. – 143 с.

2. Переход на инновационную модель экономического роста – Текст: электронный. – www.hse.ru/data/2011/04/.../Инновационная%20модель%20роста.pdf (дата обращения: 17.10.2022 г.)

УДК 65.012.07

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ

Демкина Анна Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Беликова Екатерина Владимировна

Введение. Инновации в медицине являются одним из основных факторов, влияющих на здоровье человека. Создание, разработка и внедрение новых технологий в медицине способны существенно увеличить продолжительность жизни человека.

На сегодняшний день мировыми трендами в медицине являются: борьба с генетическими и онкологическими заболеваниями, внедрение IT и усовершенствование инструментов. Необходимо уделять внимание новым технологиям, которые могут быть использованы для улучшения техники и инструментов. Научно-технический прогресс развивается в ускоренных темпах. Этим способствует глобализация и распространение IT. Каждый год в арсенале практикующих врачей появляются новейшая техника, оборудование и инструменты.

Цель и задачи. Охарактеризовать особенности разработки инновационных проектов в медицинской отрасли.

Задачи: рассмотреть сущность управления проектом; описать этапы и методы управления инновационных проектов.

Материалы и методы. Методологической и теоретической основой исследования являются общенаучные методы познания и научные подходы к изучению объектов, явлений.

Результаты и обсуждение. Медицинские учреждения представляют собой сложные, многофункциональные системы, успех которых зависит от согласованной организации лечебных, диагностических и немедицинских вспомогательных подразделений в различных структурах.

Инновационная модель развития медицины – это единство медицинской науки и непрерывного медицинского образования, международное партнерство с ведущими странами и научным центром, защита авторского права. Создание целевых межведомственных медицинских научных программ для государственных учреждений здравоохранения.

Развитие инновационных процессов и управление ими имеет свои особенности. При этом для того, чтобы быть конкурентоспособным на рынке медицинских услуг, предприятия должны иметь развитую инфраструктуру. Под этим подразумевается оснащение оборудованием, подготовка медицинских кадров и условия для внедрения инноваций, которые также являются важными аспектами развития новых технологий.

В области здравоохранения инновации направлены на повышение эффективности работы первичного звена, эффективное использование средств и внедрение ресурсосберегающих технологий. На фоне разработки научно обоснованных подходов к формированию стандартов ведения больных по различным видам медицинской помощи на всех уровнях оказания [1].

Инновации в здравоохранении направлены на повышение эффективности работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, более рациональное использование средств и внедрение ресурсосберегающих технологий. На фоне развития научного подхода к разработке стандартов оказания медицинской помощи на всех уровнях.

При этом инновации нужны не только на уровне самой медицинской организации, но и на уровне страны, путем выполнения государственной инновационной политики.

Инновации в здравоохранении – это результаты, достигнутые на рынке медицинских услуг благодаря инвестициям в новые продукты и операции (технологии и процессы). Побудительным механизмом развития инноваций в сфере медицины, в первую очередь, является рыночная конкуренция. В условиях рынка учреждения, оказывающие медицинские услуги, постоянно

вынуждены искать пути сокращения издержек производства и выхода на новые рынки реализации своих услуг [3].

Инновационная деятельность в медицине – это последовательная цепь событий, при которых инновации переходят из идеи во продукт или технологию и используются для достижения общемедицинских целей.

Обычно для медицинских учреждений выделяют следующие стадии:

1. Активация инновационной деятельности.
2. Процесс научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ
3. Маркетинговая деятельность
4. Формирование будущего производства.
5. Производство инновационных продуктов.
6. Коммерциализация инновационной деятельности.
7. Развитие инноваций.
8. Оценка производительности [2].

Итак, можно выделить основные особенности инновационной деятельности в сфере здравоохранения. Прежде всего, самое результативное направление существенного улучшения здоровья и качества жизни людей – это наиболее эффективное, но очень затратное направление для значительного улучшения показателей здоровья и качества жизни. Для этого необходимо наличие развитой инфраструктуры в виде передовых технологий и знаний профессиональных специалистов по медицинской части.

По этой причине большую роль в эффективном функционировании инновационной деятельности в области медицины играет эффективная государственная политика, предусматривающая формирование и внедрение инновационных процессов на основе программно-целевых моделей.

Социальные инновации в здравоохранении не будут реализованы без национальной стратегии и поддержки государства [3].

Выводы. В медицине инновационные процессы представляют собой очередность связанных этапов, которые могут привести новаторов к созданию инновационных продуктов или услуг. Этот факт также объединяет здравоохранение с предпринимательской деятельностью, которые имеют общие интересы для достижения поставленных целей. Несмотря на это необходимо отметить, что эффективность инновационных программ напрямую зависит от развития самого здравоохранения как основы здоровья населения и улучшения демографических показателей.

Инновационные проекты в области медицины, направленные на улучшение качества жизни людей и увеличение продолжительности жизни, дают возможность стать успешными во всем мире. Помимо разнообразия рыночных нововведений, одним из важных условий для их практического применения является привлечение инновационного капитала в достаточном объеме.

Список литературы

1. Жариков, В. В. Управление инновационными процессами [Текст]: учебное пособие / В. В. Жариков, И. А. Жариков, В. Г. Однолько, А.И. Евсейчев. – Тамбов: Изд-во Тамб. гос. техн. унта, 2019. – 180 с.
2. Акиньшина, К. Н. Инновационная деятельность медицинской организации: состояние и перспективы развития / К. Н. Акиньшина, Н. В. Чвырева. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2021. – № 49 (391). – С. 311–313.
3. Горьков А. С., Горюнов М. А. Проблемы внедрения инноваций в сферу медицины // Современные научные исследования и инновации. 2022. № 5 [Электронный ресурс]. URL: <https://web.snauka.ru/issues/2022/05/98401> (дата обращения: 20.10.2022).

УДК 378.4

СИЛЬНЫЕ И СЛАБЫЕ СТОРОНЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Фёдорова Ольга Валентиновна, Фёдоров Сергей Викторович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент, заведующий кафедрой экономики и менеджмента

Соболева Светлана Юльевна

Введение. В настоящее время в образовательном процессе намечается тенденция увеличения внеаудиторной, самостоятельной работы студентов, при этом актуальным становится анализ применения таких технологий обучения, которые в наибольшей степени будут соответствовать современным реалиям жизни. Это, однозначно, увеличение доли цифровых технологий в образовании, введение нового в цели, содержание, методы и формы преподавания [1].

Цель и задачи. Изучение инновационных технологий в преподавании.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода к рассмотрению проблем при использовании инноваций в образовательном процессе.

Результаты и обсуждение. Инновации в сфере образовательного процесса позволили шагнуть вперед. Наиболее практичным и часто используемым является электронное обучение как современный процесс, осуществляемый с помощью интернет-технологий, которые не обязательно требуют присутствия преподавателя и обучаемого одновременно оффлайн.

Использование цифровых технологий в обучении – один из вариантов повышения эффективности формирования профессиональной компетентности будущих специалистов [2]. Так, это в значительной мере может дополнить и разнообразить процесс обучения, способствует формированию профессиональных компетенций, развитию творческой активности, инициативы преподавателя и студентов, в итоге повысить эффективность обучения [3]. В определенной ситуации наиболее оптимальными для достижения конкретной задачи могут являться: программы Moodle, онлайнкурсы, образовательные ресурсы сети Интернет профессиональной направленности, платформы для проведения онлайн занятий в режиме видеоконференцсвязи (VooV, Телемост, В Контакте), позволяющие осуществлять полноценную работу студентов [4].

Однако, при использовании инновационных технологий в образовательном процессе могут быть выявлены как сильные, так и слабые стороны. Несомненно, к сильным сторонам стоит отнести наличие в доступном формате информационно-образовательной среды. К слабым – недостаточное качество ресурсов, трудности с доступом к материалам, недостаточная компетентность преподавателя владениями современными компьютерными технологиями.

Выводы. Таким образом, использование инновационных методов в образовательном процессе, основанных на создании проблемных ситуаций, активной познавательной деятельности студентов, требует, прежде всего, актуализации современных знаний преподавателей, достаточным уровнем владения компьютерными технологиями. Только так можно ожидать повышение качества образования, разработки наукоемких образовательных технологий, учебно-методических материалов.

Список литературы

1. Мандриков В. Б. Реализация компетентностной модели образования на направлениях подготовки бакалавриата в Волгоградском государственном медицинском университете / В. Б. Мандриков, М. В. Букатин, С. Ю. Соболева, А. В. Запорощенко, Н. А. Колобородова, О. Ю. Кузнецова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 6 (48) Часть 3. – С. 50–53.

2. Кручинин М. В., Кручинина Г. А., Петрукович Л. А. Применение цифровых технологий обучения в высшей школе: проблемы и перспективы, SWOT-анализ. Казанский педагогический журнал. 2020. № 3 С. 64–74.

3. Фёдорова О. В., Кондакова Л. И., Загребин В. Л., Фёдоров С. В., Саломатина О. С., Бердников С. И. Использование бриколажа на семинарских занятиях по морфологии. *Forcipe*. 2020. Т. 3. № 1. С. 44–46.

4. Федорова О. В., Кондакова Л. И., Вондрачек Л. В., Саргсян С. А. Использование информационно-коммуникационных технологий на занятиях по гистологии, эмбриологии, цитологии в ВолгГМУ. *Морфология*. 2019. Т. 155. № 2. С. 292–293.

УДК 615.01

ДИНАМИКА РОССИЙСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА И ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТИ РОССИИ ОТ ИМПОРТНЫХ РЫНКОВ

Юнусов Рахман Рустамович, Нурписова Эльвира Сергеевна, Полякова Мария Алексеевна
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Брейгер Юлия Михайловна

Доцент кафедры иностранных языков с курсом латинского языка, канд. филол. н.

Введение. Российский фармацевтический рынок развивается из года в год, растёт объем выпускаемых лекарственных средств и финансовый оборот. Но у российского рынка есть свои проблемы, основной из которых является его зависимость от импорта лекарственных средств из других стран, в частности из Европы и Соединенных Штатов Америки.

Актуальность данной работы заключается в том, что в связи с последними событиями на политической арене и введением многочисленных санкций на территории России, ситуация на фармацевтическом рынке остаётся напряжённой и требует особого подхода к своему решению.

Объектом нашего исследования является зависимость отечественного фармацевтического рынка от импорта.

Предметом нашего исследования является динамика Российского фармацевтического рынка.

Цель нашей работы заключается в том, чтобы изучить влияние импортозависимости фармацевтического рынка Российской Федерации на возможность обеспечения лекарственной безопасности страны.

Цель нашей работы так же предполагает решение следующих задач:

1. Рассмотреть разнообразие Российских фармацевтических компаний.
2. Изучить влияние санкций на качество и количество лекарственных препаратов в России.
3. Изучить рост стоимости лекарственных средств, производящихся в России в эпоху глобальных санкций.
4. Проанализировать адаптацию российского фармацевтического рынка под текущую ситуацию посредством введения параллельного импорта.

Практическая значимость – результаты нашего исследования могут быть применены в качестве дополнительного материала в курсе «Введение в специальность. Обращение лекарственных средств».

В процессе исследования использовались следующие методы: сравнительно-сопоставительный; метод контекстного анализа; метод сплошной выборки, а также анкетирование/социальный опрос.

Материалом нашего исследования послужили литература по данной теме, интернет-источники, а также опрос, проведённый среди заведующих аптек города Волгограда и некоторых других городов России (диаграмма, графики).

В результате проведенного нами научного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Проанализировав изученный нами материал из интернет-источников можно с уверенностью сказать о том, что в России существует огромное разнообразие как маленьких, так

и крупных фармацевтических компаний. Некоторые из них, такие как «Р-Фарм», «Биокад», «Генериум», «Валента Фарм», «Фармасинтез» возглавляют рейтинг «20 лучших Фармацевтической компаний России» от авторитетного журнала Forbes.

2. В следствие введенных санкций изменилось количество поставляемых лекарственных препаратов из стран зарубежья. По словам опрошенных нами специалистов и работников аптек Волгограда и ряда других городов, было выявлено снижение поставок таких групп препаратов как, гипогликемические и противодиабетические средства, препараты гормонов щитовидной железы, в частности так же и препараты инсулина.

3. При проведении опроса среди заведующих различных аптек, было выявлено, что в среднем стоимость некоторых препаратов, подвергшихся влиянию введенных санкций, повысилась почти вдвое, без учета наценок.

4. Говоря об адаптации Российского Фармацевтического рынка к сложившейся ситуации, можно сделать вывод о том, что работники фармацевтических организаций нашли несколько путей решения:

- 1) Корректировка схем лечения с учетом действующих стандартов лечения;
- 2) Замена импортного препарата более дешевым аналогом (дженериком).

Список литературы

1. Фармацевтическое производство в России во время пандемии: старые проблемы, новые вызовы // Долгопятова: сайт. – URL: <https://iims.hse.ru/data/2021/08/02/1422896501/Dolgopyatova.pdf> (дата обращения 10.10.2022)

2. Фармацевтический рынок России // дсм URL: <https://dsm.ru/docs/analytics/Июнь%202022%20Итог.pdf> (дата обращения 10.10.2022)

3. Фармацевтический рынок России: итоги 2021 года и события 2022 года // delprof URL: https://delprof.ru/upload/iblock/090/DelProf_Analitika_Farmatsevticheskiy-rynok-Rossii-2021_2022.pdf (дата обращения 10.10.2022)

СЕКЦИЯ 4

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭКОНОМИКИ

УДК 338.462

ПОСЛЕДСТВИЯ ВЛИЯНИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Заикина Марина Васильевна

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

Введение. В условиях создавшейся современной реалии невозможно всесторонне изучить влияние внешних факторов на финансовое положение медицинских организаций без учета последствий от пандемии COVID-19.

Цели и задачи. Целью является изучение последствий влияния пандемии COVID-19 на финансовое положение медицинских организаций.

При рассмотрении задач, следует отметить следующие факторы, оказавшие влияние на это в условиях распространения коронавируса в России:

- Повышенная кредиторская задолженность медицинских организаций.
- Влияние на экономику и на здравоохранение внесударственных факторов.
- Снижение сбора бюджетных средств.
- Снижение рождаемости.
- Резкое снижение доходов медицинских организаций по ОМС.
- Снижение доходов медицинских организаций по ряду платных услуг.
- Рост цен на товары, работы и услуги, применяемые медицинскими организациями [5].

Материалы и методы. В процессе написания тезисов были использованы учебники, учебные пособия, а также такие методы, как анализ, сравнение и синтез.

Результаты и обсуждение. Влияние распространения COVID-19 на затраты учреждений системы здравоохранения неоднозначно. С одной стороны, появились явные новые расходы, связанные с закупкой автомобилей скорой помощи, диагностической аппаратуры, аппаратов ИВЛ, кислородного оборудования, средств индивидуальной защиты и т. д. [4].

Однако, значительная часть этих затрат может быть рассмотрена не как потеря бюджета медицинских организаций, а как дальнейшие инвестиции в систему здравоохранения, поскольку закупленное медицинское оборудование, транспорт и техника будут использоваться ещё несколько лет. Это же касается ряда других ресурсов. Важно и то, что многие направления вынуждено сделанных закупок (автомобили скорой помощи и т.д.) совпали с запланированными закупками в рамках Национального проекта «Здравоохранение» [2].

Вместе с тем, многие категории затрат в период пандемии даже снизились. Например, сокращение плановой госпитализации и привело к экономии на медикаментах, продуктах питания и т. д. [1]. Однако, падение это временное и в будущем может вылиться еще большей не запланированной потребностью в них из-за роста обострений, осложнений течения недообследованных хронических заболеваний, лечение которых не осуществлялось в связи с приостановкой проведения профосмотров и диспансеризации, а также плановой медицинской помощи, отказа от обращений в медицинские организации в связи с опасениями заражения коронавирусом

самых пациентов из-за неразвитости, а чаще из-за отсутствия в доковидный период массового развития в стране телемедицины [3].

Таким образом, в качестве основной финансовой проблемы следует рассматривать не дополнительные расходы медицинских организаций и государства в целом в связи с коронавирусом, а возможное снижение доходов как бюджетов всех уровней, так и самих медицинских организаций при необходимости поддержания, а чаще и существенного расширения штатов и инфраструктуры медицинских организаций, перешедших на ковидный режим.

Выводы. Отсюда следует, что, на современном этапе, основной проблемой для всех отечественных медицинских организаций является наличие условно-постоянных расходов. Их экономия и является наиболее сложной задачей. Зачастую и не имеющей возможности решения (обеспечение ресурсами). Поэтому, несмотря на снижение объемов оказываемой медицинской помощи (за счет сокращения плановой помощи, к примеру) необходима государственная поддержка медицинских организаций для получения ими планового объема финансирования и поддержания устойчивого положения (или близкого к нему).

Список литературы

1. Божук С. Г. Маркетинговые исследования: учебник для вузов / С. Г. Божук. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2021. – 304 с.
2. Возможности применения бенчмаркинга в здравоохранении. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: file:///C:/Users/GolikovVV/Downloads/vozmozhnosti-primeneniya-benchmarkinga-v-zdravoohranenii.pdf (Дата обращения: 07.06.2022)
3. Голубков Е. П. Маркетинг для профессионалов: практический курс: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / Е. П. Голубков. – Москва: Издательство Юрайт, 2019. – 474 с.
4. Голубкова Е. Н. Интегрированные маркетинговые коммуникации: учебник и практикум для вузов / Е. Н. Голубкова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2021. – 363 с.
5. Григорьев М. Н. Маркетинг: учебник для вузов / М. Н. Григорьев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2021. – 559 с.

УДК 65.012.7

ФОРМИРОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ ХК АО «ШВАБЕ»)

Поворина Алена Владимировна

Россия, Государственная Корпорация «РОСТЕХ»,
директор Департамента по инвестициям и инвестиционным проектам

Введение. После введения в 2022 году экономических санкций в отношении России импортные медицинские изделия у дистрибуторов, включая оборудование, подорожали от 20 до 70 % [1].

Ряд производителей из Италии, Франции и Германии, поставляющих импортное медицинское оборудование, озвучили намерения об уходе с российского рынка, что в конечном счете, даже при условии параллельного импорта, значительно увеличит стоимость импортного оборудования. Цена вырастет ориентировочно на 50 %. Это касается и обслуживания, и запчастей для уже закупленного оборудования.

Оставшиеся поставщики перешли на предоплату в 100 %, при этом и с оплатой, и с логистикой, возникают серьезные трудности. Из-за длительной процедуры регистрации переориентация на новые рынки поставок оборудования займет годы.

В текущих условиях необходимо наладить системную работу по локализации производства медицинской техники на территории России.

Целью исследования является определение механизмов импортозамещения медицинского оборудования в текущей экономической ситуации.

Задача исследования – проанализировать потенциальные возможности российских предприятий по обеспечению импортозамещения медицинского оборудования на примере ХК АО «Швабе».

Материалы и методы. В статье использованы материалы ХК АО «Швабе». При определении приоритетных механизмов импортозамещения медицинского оборудования применены методы анализа и синтеза, и другие теоретические способы исследования.

Результаты и обсуждение. ХК АО «Швабе» специализируется на оснащении гражданской продукцией объектов инфраструктуры в рамках федеральных и региональных целевых программ. Сегодня она реализует ряд медицинских проектов, в том числе оснащает лечебно-профилактические учреждения оборудованием, поставяет специализированный медицинский транспорт. Холдинг давно держит курс на импортозамещение и реализует ряд проектов, в том числе с применением передовых российских технологий. В числе ключевых продуктов ХК АО «Швабе»:

- комплекс для лечения урологических заболеваний и диагностические приборы от МЗ «САПФИР»;

- анализатор глазного кровотока Загорского оптико-механического завода;

- «Соболь Бизнес» 4x4 Prima, ставший первым российским автомобилем скорой медицинской помощи класса «С» на базе полного привода высокой проходимости. Последний создается предприятием «Швабе-СпецАвто»;

- приборы для борьбы с распространением COVID-19 в РФ и поддержки пациентов в терапии. Среди них – медицинский концентратор кислорода OXYPOLUS НИИ «Полюс», аппарат ИВЛ с модулем электроимпедансной магнитной томографии АИВЛ-01 и пульсоксиметр Sensorex УОМЗ, измеряющий уровень сатурации (насыщения капиллярной крови кислородом). И множество других проектов в отрасли здравоохранения.

В 2022 году на первый план выходят проекты по разработке и производству диагностического оборудования, построенного на высоких технологиях. В настоящее время один из таких проектов – уникальная разработка Физического института им. П. Н. Лебедева РАН (ФИАН) – безгелиевый аппарат МРТ.

Ценность проекта не только в уникальных технических характеристиках продукта проекта, томографы на 70 % состоят из отечественных комплектующих:

- сборка магнита осуществляется из российского провода, который производится в г. Глазове;

- используется российское программное обеспечение, что позволяет обеспечить полную защиту от внешних попыток проникновения [2].

Оставшуюся часть недостающих блоков готовы заместить Воронежские предприятия оборонной промышленности.

Для быстрого выхода на серийное производство необходимо снижение зависимости реализации проекта от финансовых и административных рисков.

Нивелирование указанных рисков планируется за счет работы функционального центра по управлению проектами и Консорциума «Медицинская техника».

За два последних года работы Холдинг «Швабе» Госкорпорации Ростех реализовал более 60 контрактов и отгрузил порядка 130 000 единиц медицинской техники на общую сумму свыше 7 млрд руб. Добиться таких результатов во многом удалось за счет создания функционального центра по управлению проектами.

Консорциум «Медицинская техника» привлечет 5 млрд рублей на проекты по импортозамещению медицинских изделий и оборудования. Соответствующее соглашение было подписано между консорциумом и «Новикомбанком» (опорный банк ГК «Ростех»). Помимо предоставления

кредитов, банк планирует организовать привлечение субсидий и выдавать целевые займы для поддержки проектов. Средства будут направлены на импортозамещение высокотехнологичного медицинского оборудования и медицинских изделий [3].

Крупнейшим кредитором отраслевых проектов по организации производства медицинских изделий и лекарственных препаратов остается Фонд развития промышленности (ФРП). В 2020 году при поддержке ФРП и Минпромторга России были оперативно разработаны, произведены и поставлены программно-аппаратные тепловизионные комплексы, инфракрасные термометры и установки обеззараживания воздуха [4].

Выводы. Потенциальные возможности российского рынка для развития технологий импортозамещения сегодня безграничны, что предоставляет российским производителям весомое конкурентное преимущество, однако, регистрационная волокита, отставание технологий и зависимость от импортных комплектующих не дает быстро провести замену. Предприятиям необходимо оперативно использовать существующие государственные административно-управленческие и финансовые инструменты для своевременного вывода на рынок новой продукции [5].

Список литературы

1. Импортное медицинское оборудование и материалы подорожали. Режим доступа URL: <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2022/03/05/912290-importnoe-oborudovanie> (дата обращения: 20.10.2022).

2. В России создали томограф, не требующий использования дорогостоящего гелия. Режим доступа URL: <https://nauka.tass.ru/nauka/14102861> (дата обращения: 20.10.2022).

3. Консорциум «Медицинская техника». Режим доступа URL: <https://unionrad.ru/news/konsortsiium-meditsinskaya-tekhnika-privlechets-5-mlrd-rublej-na-proekty-po-importozameshcheniyu/> (дата обращения: 20.10.2022).

4. Поворина А. В., Косинова Н. Н. Цифровая экономика России: достижения, перспективы развития (на примере Государственной корпорации «РОСТЕХ»). / Вестник Академии военных наук. 2020. № 2 (71). С. 90–98

5. Поворина А. В., Косинова Н. Н., Попова М. Ю. Особенности методологии управления 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.

УДК 65.012.7

ТРАНСФОРМАЦИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ В УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ

Косинова Наталья Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,
доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и менеджмента

Попова Мария Юрьевна

ГБУ «Аналитический центр» при Правительстве Москвы, кандидат экономических наук,
начальник сектора стратегического планирования и целеполагания

Введение. Стратегическое планирование – это процесс разработки стратегического плана путем формулирования целей и критериев управления, анализа проблем и среды, определения стратегических идей и конкурентных преимуществ, выбора сценариев и базовых стратегий развития.

Создание и использование технологии стратегического планирования и управления позволяет определить долгосрочные приоритеты, цели и задачи, обеспечивающие высокие устойчивые темпы экономического развития территории [1].

Целью исследования является определение причин изменения приоритетов развития территорий в условиях внешнеэкономических ограничений.

Материалы и методы исследования. В процессе достижения цели исследования были использованы методы стратегического и комплексного экономического анализа. При рассмотрении влияния внешнеэкономических факторов на формирование приоритетных направлений социально-экономического развития территорий был использован системный подход в анализе нормативно-правовых актов стратегического планирования, моделей, отдельных инструментов поддержки экономики в Российской практике.

Обсуждение результатов. С учетом вызовов последних пяти лет, долгосрочное планирование теряет свою актуальность. Прогноз трендов даже на среднесрочную перспективу имеет высокую погрешность. Внешнеэкономическая нестабильность, санкционные ограничения, вносят значительные коррективы в планы развития территорий любого уровня.

Приоритеты социально-экономической политики города Москвы сместили свой вектор развития на снижение экономического урона от вводимых ограничений.

Мэрией Москвы созданы рабочие штабы по всем сферам жизни. Штабы оперативно предлагают новые меры поддержки для москвичей и бизнеса, в том числе:

- Предоставление субсидий на профподготовку. Столичные компании и индивидуальные предприниматели могут возместить часть расходов на профессиональную подготовку своего персонала.

- Сокращение ставки по кредитам до 9 %. Ставка по льготным кредитам для предприятий и организаций реального сектора экономики, а также предприятий строительной отрасли снижена до 9 %. Кроме того, малый и средний бизнес может оформить онлайн-кредиты на любые цели за 1–3 дня в 8 ключевых банках [2].

Кроме того, открыт новый сервис для бизнеса – автоматический подбор мер поддержки. Новый сервис объединяет все действующие в Москве меры поддержки, как городские, так и федеральные. С помощью пошагового алгоритма можно легко узнать о доступных мерах.

Отдельного внимания требует импортозамещение. У Москвы есть целая система поддержки промышленности, включая присвоение предприятиям статуса промышленного комплекса, создание особых экономических зон [3]. Помимо этого, субсидируются закупки оборудования, технологий, выдаются льготные кредиты и оказываются другие меры поддержки. Кроме того, в Москве реализована программа офсетных сделок, когда бизнесу гарантируются закупки произведенной им продукции для государственных бюджетных учреждений. Еще одна мера поддержки, которая появится в ближайшее время, – это субсидирование льготных ставок кредитов для системообразующих предприятий [4].

Помощь людям в сложной ситуации также важна. Город индексирует социальные льготы, социальную помощь, внедряет инструменты адресной помощи и примет другие решения для поддержки необходимого уровня заработной платы бюджетников.

Поддержка трудоустройства жителей столицы формируется исходя из сложившихся приоритетов в условиях санкционных ограничений: предоставляются новые рабочие места для специалистов ИТ-сектора, открыт набор на новый поток обучения инженеров, реализуются проекты по созданию технопарков (подразумевается создание почти 7 тыс. рабочих мест) и т. д.

Выводы. Перспективы восстановления устойчивого экономического роста страны в целом и регионов в частности пока выглядят неопределенно, что не может не сказаться на понимании того, как будет в дальнейшем складываться практика стратегического планирования.

Вместе с тем, кризисные явления выявили множество новых рисков для устойчивого развития, помогли обнаружить «узкие места» в экономике и социальной сфере, дали толчок развитию новых отраслей в рамках импортозамещения.

Возникает необходимость кардинального пересмотра программных документов. Так, например, актуализации и пересмотра той же программы импортозамещения. Экономические санкции еще больше обострили проблемы с отечественным производством.

В целях обеспечения технологического суверенитета страны необходимо провести ревизию федеральных государственных программ и крупных проектов с бюджетным финансированием и поддержкой во избежание неэффективного расходования средств всех уровней бюджета.

Стратегическое планирование в государственном управлении уступает методам принятия оперативных решений на основе постоянного наблюдения и анализа изменений.

Список литературы

1. Формирование системы стратегического планирования в Волгоградской области / Косинова Н. Н., Попова М. Ю. Региональная экономика. Юг России. 2017. № 1 (15). С. 138–147.
2. Стабилизация экономики Москвы. [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.mos.ru/city/projects/moshelp/?utm_source=teaser&utm_term=static1#. Дата обращения: 26.10.2022
3. Институты развития в повышении инвестиционной привлекательности регионов (на примере Волгоградской области) / Косинова Н. Н., Попова М. Ю. В книге: Институционально-факторные особенности и тенденции развития экономики в условиях цифровизации. Абонеева Е. В., Агаларова Е. Г., Аливанова С. В., Антонова И. Ю., Грузков В. Н., Гунько Ю. А., Давыдянец Д. Е., Данилов Н. С., Довготько Н. А., Дорошенко В. А., Казарова А. Я., Кашеева Е. В., Колесников К. И., Косинова Е. А., Косинова Н. Н. и др. Ставрополь, 2020. С. 103–116.
4. Формирование инновационных стратегий региона на принципах проектного управления. Косинова Н. Н., Зейналлы Р. Р. О. / В сборнике: Актуальные проблемы и достижения региональных экономических систем. Сборник научных трудов VII Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2021. С. 24–28.

УДК 339.972

ПРИОРИТЕТЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО АЗЕРБАЙДЖАНА

Аббасова Айсун Эльнур кызы (Азербайджан)

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. В 1991 году Азербайджанская Республика получила независимость, тем самым положив начало суверенному развитию отдельного государства. Страна приняла парадигму рыночной экономики с многообразием форм собственности и устойчивым стремлением интегрироваться в мировое хозяйство [1]. По происшествии трех десятилетий вектор хозяйственного развития остается неизменным.

Цели и задачи. Провести анализ экономики Азербайджана с целью определения перспектив развития страны.

Материалы и методы. Информационной базой для проведения анализа выступили открытые источники: статистические отчеты международных организаций, национальные стратегические документы, данные периодических изданий.

Результаты и обсуждение. Первые пять лет независимости были самыми трудными для государства: локальный вооруженный конфликт, неразвитость промышленной базы, малый объем добычи нефти, отток населения привели к тому, что в 1994 году сокращение реального ВВП в Азербайджане составило 52,6 % относительно уровня 1990 года [2]. Однако в результате проведения либеральных экономических реформ, привлечения внешних иностранных инвестиций, введения в эксплуатацию экспортных нефтепроводов Баку-Новороссийск, Баку-Супса, Баку-Тбилиси-Джейхан уже с 1998 года страна вышла на траекторию роста, который существенно ускорился с начала 2000-х годов, когда мировые цены на нефть быстро увеличивались. Однако, начиная со второго десятилетия нашего столетия, экономическое развитие Азербайджана значительно замедлилось,

столкнувшись с классической проблемой страны с доминированием монопродуктового сырьевого экспорта. Ресурсная ориентированность экономики в условиях падения и мировых цен на энергоносители, и объемов добычи теперь является тормозом роста. В 2015 году национальная валюта была дважды девальвирована, увеличился уровень безработицы. Поэтому в последние годы экономическая политика страны направлена на снижение зависимости от нефтяного сектора и развитие отраслевой диверсификации национального хозяйства.

В числе национальных приоритетов современного Азербайджана значатся: стабильно растущая конкурентоспособная экономика; общество, основанное на динамичной, инклюзивной и социальной справедливости; конкурентоспособный человеческий капитал и пространство для современных инноваций; великое возвращение на освобожденные территории; чистая окружающая среда и страна «зеленого роста». Данные направления были отражены в стратегическом документе «Азербайджан 2030: Национальные приоритеты социально-экономического развития», утвержденном распоряжением Президента республики Ильхама Алиева в феврале 2021 года [3]. Успешная реализация обозначенных приоритетов явилась базой для прогноза Всемирного банка по росту экономики Азербайджана в 2022 и 2023 годах. Так, согласно отчету «Глобальные экономические перспективы на 2022 год», в текущем году экономика Азербайджана вырастет на 3,1%, в 2023 – на 2,7 % [4].

Планируются серьезные позитивные изменения и в сфере здравоохранения. Пандемия COVID-19 выявила проблемы реформирования данной отрасли экономики, которые власти предпочитали не замечать. Так, выделяемые правительством значительные средства на финансирование здравоохранения, слабо сказываются на качестве медицинских услуг, доступности медицины широким слоям населения. Система обязательного медицинского страхования, которая была года полностью внедрена в Азербайджане с 1 апреля 2021 года, по-прежнему остается слабо востребованной и труднореализуемой, поэтому жители страны предпочитают обращаться в частные клиники.

В госбюджете 2023 года расходы на здравоохранение прогнозируются в размере 1 млрд 905,1 млн манатов, это больше на 196,3 млн манатов, или на 11,5 % по сравнению с 2022 г. [5].

Выводы. В ближайшие годы успешные отношения между обществом, бизнесом и государством будут укрепляться для долгосрочного устойчивого и быстрого развития страны. Эффективное управление ролью государства в экономике посредством рыночных реформ, укрепления институтов частной собственности, благоприятного для бизнеса управления и дальнейшей либерализации торговых режимов для расширения доступа к местной продукции на внешних рынках будут ключевыми факторами экономического роста.

Список литературы

1. Независимый Азербайджан // https://republic.preslib.az/ru_c1.html
2. Азербайджан: ресурсная модель экономического роста <https://ac.gov.ru/archive/files/publication/a/20511.pdf>
3. «Азербайджан 2030: Национальные приоритеты социально-экономического развития» // <http://ic-av.ru/2021/02/28/>
4. Перспективы мировой экономики. Обзор Всемирного Банка // <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/publication/global-economic-prospects>
5. В 2023 году Азербайджан увеличит финансирование здравоохранения // http://www.bakumedinfo.com/index.php?option=com_content

УДК 338

СОЗДАНИЕ СТРАТЕГИИ ДЛЯ ПРОДВИЖЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ИМПОРТА

Швецов Иван Андреевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: профессор, доктор экономических наук Наталья Николаевна Косинова

Введение. Начиная с 2015 года российское руководство работает над тем, чтобы достичь конкурентоспособного внутреннего производства на российском рынке для замещения импорта и сделать экономику менее уязвимой к негативным внешним воздействиям.

Цель. Рассмотреть тенденции внедрения цифровых инноваций в стоматологических поликлиниках в условиях отсутствия импорта.

Материалы и методы. Анализ, абстрагирование и обобщение.

Результаты и обсуждение. В течение следующих 10 лет внедрение цифровых инноваций в стоматологию будет определяться пятью ключевыми взаимодополняющими тенденциями:

1. Консолидация и объединение частных практик и зуботехнических лабораторий в единую систему, с последующей консолидацией в единую систему и более низкими затратами со стороны таких стран, как Китай, будет стимулировать инвестиции в цифровые решения, что имеет важное значение для сохранения конкурентоспособности [1].

2. Последние достижения в области 3D-принтеров используются для изготовления моделей зубов, ортодонтических аппаратов, капп, направляющих имплантатов, съемных и несъемных протезов.

3. Изменения в учебной программе. До сих пор учебные заведения неохотно внедряли цифровое обучение. Однако необходимость перехода на частично цифровое обучение на самом деле показала отличные клинические результаты.

4. Новые стандарты и рекомендации по оказанию помощи В сфере ведения пациентов более строгие требования к документации и административные требования заставляют стоматологов и лаборантов оцифровывать все рабочие процессы и данные для обеспечения соблюдения требований.

5. Нехватка квалифицированных кадров По мере того, как старшие стоматологи выходят на пенсию, а молодые стоматологи приходят на работу, использование цифровых решений будет продолжать расти.

Выводы. Полноценное использование цифровых технологий позволит отобразить в цифровом виде все виды деятельности в клиниках и лабораториях, что обеспечит стандартизированный обмен информацией на протяжении всего стоматологического рабочего процесса, от диагностики до лечения. В ближайшие несколько лет мы увидим усиление интеграции и персонализации, а также облегчение доступа к личной информации через мобильные приложения.

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.

СЕКЦИЯ 5

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ

УДК 613.6+613.4

НЕПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ ОБРАБОТКОЙ МЕТАЛЛА, КАК ИНСТРУМЕНТ ОБОСНОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Алборова Марина Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. м. н., доц. Давыденко Людмила Александровна

Введение. Потеря трудоспособности работающего населения в настоящее время обусловлена не только занятостью во вредных условиях труда, но в том числе и низким уровнем самосохранительного поведения [1, 2]. В настоящее время, внимания менеджмента и медицинской службы предприятий сосредоточено на вопросах сохранения здоровья и жизни работающих в условиях производственной деятельности [3]. В тоже время управление поведенческими рисками является не только механизмом профилактики заболеваний, не связанных с производством, но и способом компенсации негативных эффектов профессиональных рисков [3]. Решение данной задачи требует активных действий со стороны работодателей, служб медицины труда и самих работников. В связи с этим, при проведении профилактической и информационно-просветительской работы важно иметь информацию о характерных поведенческих и профессиональных рисках конкретного контингента работающих.

Цель. Изучить распространенность поведенческих факторов риска здоровью станочников в металлообработке для дальнейшего использования полученных данных при разработке профилактических программ на предприятии.

Материалы и методы. Объект исследования – станочники в металлообработке (n=128) промышленного предприятия: две группы наблюдения со стажем работы 1–5 лет (возраст 18–29 лет) и 6–10 лет (возраст 30–49 лет). Выполнено раздаточное анкетирование на рабочем месте с использованием адаптированной анкеты, для мониторинга факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне [4].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel», «Statistika 6.0».

Результаты и обсуждение. Изучение условий труда станочников металлозаготовительного цеха показало, что ведущими вредными факторами являются тяжесть труда (подъем и перемещение тяжести постоянно в течение рабочей смены) и производственный шум (превышение нормируемого уровня до 25 дБА). Итоговая оценка условий труда – третий класс, третья степень (3.3) – условия труда, которые могут привести к развитию профессиональных заболеваний легкой и средней степеней тяжести в период трудовой деятельности, росту хронической профессионально обусловленной патологии [5].

Анализ элементов режима дня станочников показал, что около 25 % работников двух возрастных групп имеют недостаточную продолжительность ночного сна (на 2 и более часа); регулярно занимаются спортом только 5,6 и 11,8 % работников; регулярная умеренная физическая активность вне рабочего времени имеет место у 2,3–6,4 % станочников независимо от возраста. Результаты наших исследований подтверждают данные других авторов, которые свидетельствуют, что низкая физическая активность наблюдается у 83,8 % мужской популяции [6, 7]. Исследования

показали высокую распространенность табакокурения среди рабочих с частотой «каждый день» (66,2–75,0 %) и употребления алкоголя (61,8–63,4 %). Такая распространенность табакокурения значительно выше, чем в целом в мужской популяции страны (48,5 %) [6, 7].

Выявлены нарушения организации и качественной полноценности питания: нарушения режима питания, недостаточное употребление молочных продуктов, овощей и фруктов, потребление пищи с высоким содержанием соли (66,7–69,2 %).

Исследование медицинской активности станочников показало, что регулярное обращение к врачу более характерно для рабочих старшего возраста (63,6 %, в сравнении – 9,2%). В случае заболевания 27,7 % и 42,4 % станочников не обращаются к врачу, занимаются самолечением, что свидетельствует о низкой медицинской активности работников независимо от возраста. С возрастом увеличивается число рабочих проходивших профилактические медицинские осмотры по собственной инициативе (9,0 → 63,4 %). Часть станочников двух групп наблюдения контролировали артериальное давление и уровень сахара в крови (92,1 % и 98,6 %), уровень холестерина (2,5 % и 30,0 %), массу тела (27,8 % и 21,6 %, соответственно), интересовались результатами исследования. Такое поведение, на наш взгляд, свидетельствует о понимании значимости мониторинга физиологических и биохимических показателей для сохранения здоровья. Однако, эта информация не в полной мере стала важным побудительным фактором для изменения образа жизни, только 5,4 % и 28,6 % станочников двух возрастных групп внесли изменения в свой образ жизни в соответствии с рекомендациями врача.

Выводы.

1. Для станочников в металлообработке, характерна низкая степень реализации принципов здорового образа жизни и самосохранительного поведения, что определяет повышенный риск развития хронических неинфекционных заболеваний.

2. Особенности образа жизни и самосохранительного поведения, аргументируют необходимость дифференцированного подхода при разработке и внедрении информационно-просветительских программ профилактики рискованных моделей жизнедеятельности промышленных рабочих с учетом их возраста.

Список литературы

1. Барг А. О. Оценка вклада макросоциальных факторов в формирование потерь здоровья работающего населения / А. О. Барг, М. Ю. Цинкер // Медицина труда и промышленная экология. – 2017; № 9: 20.

2. Бойцов С. А., Чучалин А. Г. Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний Раздел медицины: Профилактика заболеваний. Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний. – 2013; 128.

3. Барг А. О. Особенности поведенческих факторов риска здоровью у работников промышленных предприятий / А. О. Барг // Гигиена и санитария. – 2016; 95 (1): 48–53.

4. Баланова Ю. А. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне: методические рекомендации. [Электронный ресурс] / Ю. А. Баланова, А. Э. Имаева, А. В. Концевая и др.; под общ. ред. Бойцова С. А. – М.: 2016. Режим доступа: <http://www.gnicpm.ru>

5. Р 2.2.2006-05. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/1200040973>

6. Маркова Т. М. Гендерные особенности роли поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний в развитии ожирения / Т. Н. Маркова, Л. И. Герасимова, В. А. Кичигин, Т. Н. Кочемирова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013; № 1 : 16–20.

7. Дорофеев С. Б. Национальные стратегии формирования здорового образа жизни населения / С. Б. Дорофеев, А. И. Бабенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015; 59 (6): 44–47.

УДК 614.21+616-058:001

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК НАУКА И ВРАЧЕБНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

**Бублик Яна Владимировна, Подоляка Валентина Леонидовна,
Зяблицев Дмитрий Владимирович**

Россия, ДНР, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Организация здравоохранения и общественное здоровье, как наука о сохранении и улучшении здоровья, являются частью реальных знаний. Она зародилась в глубокой древности и получила дальнейшее развитие с развитием общества [1]. Организация здравоохранения и общественное здоровье обусловлено тем, что в условиях рыночной экономики и совершенствования системы здравоохранения многими медицинскими учреждениями и другими медицинскими организациями управляют врачи, не имеющие специальной подготовки в организации здравоохранения. Организация здравоохранения и общественное здоровье является основным экономическим и социальным потенциалом страны, определяемым возможными причинами окружающей среды и влиянием образа жизни населения, что гарантирует лучший уровень жизни.

Цели и задачи. Изучение дисциплины «организация здравоохранения и общественное здоровье» о влиянии медицинских и социальных факторов, норм и образа жизни на здоровье населения, его жизнедеятельность и повышение качества жизни с медицинской и педагогической точки зрения.

Материалы и методы. Название дисциплины «организация здравоохранения и общественное здоровье» изменилось с момента разработки и становления дисциплины. Такие дисциплины, как социология, в которых широко используются философские концепции, экономика, психология и, что чрезвычайно важно для нашего предмета, статистика, представили свою обусловленную важность в формировании организации здравоохранения и общественного здравоохранения, поскольку статистические методы широко используются при оценке состояния здоровья, гигиена играет особое место в формировании нашей дисциплины, развивающей теорию воздействия на организм физических, химических и биологических факторов окружающей среды. Организация здравоохранения и общественное здоровье освещает вопросы государственной политики в области здравоохранения, оценивает сущность и основные положения законодательных документов, вопросы организации лечебно-профилактической помощи населению, организационные принципы государственной системы здравоохранения и основы ее управления на различных уровнях.

Основной целью здравоохранения как академической дисциплины является анализ норм здравоохранения и качества медицинской помощи, их адаптация.

Эффективная работа системы здравоохранения гарантируется созданием законодательной базы, влияющей на сохранение и укрепление здоровья населения, наличием определенных ресурсов, включая финансирование отрасли, организацией учреждений здравоохранения в соответствии с ключевыми направлениями здравоохранения, осуществлением обучения и переподготовки медицинского персонала.

Конечно, создание материально-технической базы здравоохранения, подготовка кадров, внедрение новых технологий требуют больших финансовых вложений, поэтому главным представляется гарантия источников финансирования отрасли. В соответствии с преобладанием такого источника средств также создается система здравоохранения.

Внедрение инновационных технологий, применение современных достижений в медицине и здравоохранении основаны на тесном и взаимовыгодном сотрудничестве научно-исследовательских и медицинских учреждений.

В отличие от различных клинических дисциплин, «организация здравоохранения и общественное здоровье» исследует картину здоровья отдельного общества в отношении не отдельных индивидов, а коллективов, социальных групп, норм и типов жизни. Как предмет преподавания, дисциплина «организация здравоохранения и общественное здоровье» в первую очередь способствует повышению качеств профессиональной переподготовки, а также повышению квалификации практических руководителей здравоохранения, особенно развитию их навыков правильной диагностики и лечения пациента, но также и способности организовать высокий уровень медицинской помощи, на современном переломном этапе становления нашего здравоохранения, необходимо понимать впечатляющие теоретические знания и практические навыки координации, при внедрении вновь созданного экономического механизма в управление медицинскими учреждениями от будущего врача. Любой врач должен быть хорошим организатором своего дела, уметь четко организовать работу подчиненного ему медицинского персонала, знать медицинское и трудовое законодательство, владеть элементами экономики и менеджмента.

Основным вопросом дисциплины «организация здравоохранения и общественное здоровье» является изучение влияния медико-социальных факторов, условий и образа жизни на здоровье населения, разработка научно обоснованных рекомендаций по профилактике и устранению негативных социальных норм и факторов, а также явлений здоровья для улучшения здоровья населения [2].

Результаты и обсуждение. Новое общественное здравоохранение-это комплексный подход к сохранению и укреплению здоровья отдельных людей и общества в целом. Этот подход учитывает демографические, эпидемиологические, политические, социально-экономические, культурные и физические факторы.

Задачей организации здравоохранения является мобилизация и координация всех возможных ресурсов общества для обеспечения здоровья населения.

Выводы. Исследования в области общественного здравоохранения обеспечивают академическую валидацию для построения системы здравоохранения. С этой целью освещаются методы, формы и приемы сбора, обработки и анализа данных, характеризующие уровни и изменения состояния здоровья населения, рассматривается текущая демографическая ситуация, отмечаются вопросы медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни. Эти трудности указывают на место и важность науки в будущем совершенствовании здравоохранения. Целостность концепции и практики здравоохранения нашла свое отражение в теоретических и практических задачах, методах решения и улучшения качества жизни человечества. Таким образом, основное значение в науке имеет вопрос изучения продуктивности воздействия на здоровье человечества всех мер, принимаемых государством.

Список литературы

1. Селезнев Е.Ф. Актуальные проблемы здравоохранения // Медицинская картотека. – 2017. – № 5–6. С. 2–7.
2. Современные методы управления и финансовый менеджмент учреждения здравоохранения / [под ред. Я. А. Накатиса, Ф. Н. Кадырова]. М.: ИД Грантъ, 2018. 303 с.
3. Акопян, А. С., Райзберг, Б. А., Шиленко, Ю. В. Экономические проблемы здравоохранения / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. З. Кучеренко. – М.: ИНФАМ, 2000.
4. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 542 с.
5. Шмельёва С. В. Содержание и методика социально-медицинской работы. М. : Академия, 2020. 224 с.

УДК 378.147

ФОРМЫ НАУЧНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ДОНЕЦКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В ПЕРИОД ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

**Бугашева Наталья Викторовна, Бутева Лариса Васильевна,
Смольская Надежда Геннадиевна**

Россия, ДНР, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение. Современное состояние медицины предъявляет к врачу новые требования: постоянное совершенствование, умение проводить диагностику и лечебно-профилактическую работу, принимать активное участие в проведении коллективных и самостоятельных исследованиях, результаты которых публично представлять или публиковать в рецензируемых журналах. Он должен уметь изучать, анализировать и использовать в лечебно-диагностической практике научную информацию, публикуемую в медицинских изданиях и официальных статистических обзорах, владеть методами статистической обработки данных. Овладеть всем этим можно участвуя во время учебы в научно-исследовательской работе, которая предполагает развитие их научно-технического творчества. Существует 3 вида НИР студентов в вузе. Мы изучили добровольную деятельность студента не входящая в программу его обучения: участие в СНО, тематических семинарах, конференциях, олимпиадах и пр.

Участие в СНО, организация и проведение студенческой учебно-практической конференции по дисциплине «Общественное здоровье, здравоохранение, экономики здравоохранения» выступает важным элементом обучения студентов, способствующим повышению мотивации к изучению предмета, позволяющим получить глубокие медицинские знания, умения и навыки, сформировать у будущего специалиста врачебное мышление, творческую активность [1]. Проведение этого раздела работы требует тщательной методической подготовки мероприятий и предварительной работы со студентами, направленной на глубокое изучение проблемы общественного здоровья в рамках научно-исследовательской темы, выбранной студентом. Такая форма образовательной деятельности позволяет педагогам определить место и цель дисциплины, связать с широкими образовательными потребностями студентов в рамках учебного плана [1, 2].

Цель и задачи. Изучить различные формы научной работы студентов, повышающие качественное изучение дисциплины «Общественное здоровье, здравоохранение, экономики здравоохранения»: участие в СНО, студенческой учебно-практической конференции и др., развивающие научный и творческий потенциал молодых исследователей. Обобщить опыт проведения научно-учебно-практической конференции по предмету и возможность привлечь как можно больше студентов, показать важность и значимость предмета.

Материалы и методы. Представлен анализ работы СНО по дисциплине «Общественное здоровье, здравоохранение, экономики здравоохранения» и опыт подготовки и проведения ежегодной научно-учебно-практической конференции, повышающей мотивацию к углубленному изучению дисциплины. К организации и проведению научно-учебно-практической конференции по дисциплине привлекается профессорско-преподавательский состав кафедры, который имеет опыт научно-исследовательской работы и большой стаж профессиональной деятельности в области организации здравоохранения. Участники научно-учебно-практической конференции – это студенты 4–5 курсов всех факультетов ДОННМУ. Научными руководителями являются как преподаватели кафедры общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения так и преподаватели других смежных кафедр Вуза. Членами жюри являются преподаватели кафедры, не выступающие научными руководителями студенческой работы. Основное значение при проведении конференции – совершенствование знаний и профессиональных компетенций

по дисциплине [2], которое позволит повысить профессиональный уровень будущих управленческих кадров. Подготовка и проведение конференции позволяет формировать способность и готовность применения социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации по показателям здоровья населения, основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья, в медицинских организациях и их структурных подразделениях. Особое внимание уделяется формированию коммуникативных компетенций обучающегося, которые являются важной составляющей будущей профессиональной деятельности врача [2].

Результаты и обсуждение. Программа и темы докладов конференции тщательно продумываются, освещая современные проблемы «общественного здоровья», качество жизни населения, системы организации медицинской помощи различным группам населения, в ходе эпидемиологической ситуации с COVID-19, особенности демографической ситуации в Донецкой Народной Республике. Важные темы, связанные с подростковым периодом – «эгоцентризм подростков», «роль ЗОЖ», «проблемы злоупотребления алкоголем, наркотическими веществами, игромания, табакокурение и др.», военной ситуацией в республике и связанной с ней дистанционной формой обучения. Важным является знание истории вуза, что позволяет воспитать в обучающемся достойного продолжателя традиций медицинской школы ученых университета. Организован блок тем по истории университета, о жизни и творчестве выдающихся профессоров, преподавателей нашего университета, врачей, прославивших Донбасс, принимавших участие в Великой Отечественной Войне. Конференции проводились очно на кафедре, регламент не более 7 минут каждый доклад с презентацией. Это еще одно умение – на материале научного изложения составить доклад и выступить [3].

Последние два года в связи с активизацией военных действий конференцию вынуждены проводить дистанционно онлайн: на университетской платформе ИОС. К видеоконференции может подключиться любой студент, имеющий ссылку. Платформа обеспечивает видео- и аудиосвязь с каждым участником. Докладчик демонстрирует презентацию и докладывает тему. Есть чат, в котором можно писать сообщения и задавать вопросы, имеются все условия для эффективного общения студентов и преподавателей. Такая форма проведения конференции формирует у обучающегося навык и опыт общения в рамках телемедицинских технологий, являющихся перспективой развития российского здравоохранения [3]. По результатам выступлений жюри подводит итоги, победителями становятся студенты, набравшие максимальное количество баллов. В проведении студенческой конференции важная роль принадлежит педагогу-организатору, который ответственный за социально-психологическое сопровождение студентов, создаёт атмосферу открытости и доброжелательности, проявляет демократичное руководство деятельностью участников. Отмечается высокий уровень научно-исследовательского подхода к подготовке докладов студентами-кружковцами. Преподаватель-научный руководитель даёт возможность студентам проявить себя, так как не ограничивает в выборе темы исследования. Конференции по дисциплине стимулирует учебно-познавательную и учебно-исследовательскую деятельность студентов.

Выводы. СНО и научно-учебно-практическая конференция – это современная и эффективная форма формирования профессиональных и коммуникативных компетенций студентов-медиков, повышение мотивации к изучению дисциплины, расширение кругозора и приобщение к научно-исследовательской работе.

Список литературы

1. Гапоненко Юлия Владимировна Инновационные подходы к дистанционному изучению экономических дисциплин // NBI-technologies. 2014. №1.
2. Гапоненко Ю. В., Зудина Е. В., Кайль Я. Я. Проектная деятельность магистрантов как методический прием в процессе обучения // Глобальный научный потенциал. – 2018. – № 12 (93). – С. 17–20.

3. Тихонова Н. В. Обоснование практико-ориентированного подхода к обучению студентов-медиков при изучении дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение // Вузовская педагогика 2020: сборник статей Всеросс. научно-практ. конф. с международным участием «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании» (Красноярск, 5–6 февраля 2020 г.). Красноярск, 2020. С. 219–223.

4. Кустова Е. И. Формирование профессиональных компетенций на этапе обучения в высшей школе // Царскосельские чтения: материалы междунар. науч. конф. СПб., 2015. С. 359–362.

5. Baksheev A. I., Turchina Zh. E., Sharova O. Y., Galaktionova M. Yu., Chesnokova L. L., Rukavitsyna E. A. Innovations in medicine: features of regulation and prospects for the development of telemedicine // Revista Inclusiones. 2020. Vol. 7, № S4-1. P. 447–459.

УДК 616.31-08+005.6(477.62)

ПУТИ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ

**Бугорков Игорь Вениаминович, Грицкевич Наталья Юрьевна,
Охотникова Марина Вадимовна, Кальней Елена Олеговна**

Россия, ДНР, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Планомерное развитие научно – практической и технологической базы стоматологической службы, ее стандартизации, а также повышение правовой грамотности населения инициируют необходимость усовершенствования и разработки современных критериев качества, предъявляемых к данному разделу клинической медицины. В связи с модернизацией здравоохранения возрастают требования к формированию новых подходов к деятельности медицинских организаций на всех уровнях лечебно-профилактической работы [1, 2].

Изучение удовлетворенности населения качеством медицинской, в том числе и стоматологической помощью, всегда являлось чрезвычайно важной задачей [3]. Потребность в стоматологическом лечении в последние десятилетия приобрела явно выраженный социальный характер и наглядно продемонстрировала актуальность даже во время активных боевых действий.

Вопросы качества медицинской помощи побудили разработку стандартизированных подходов, включающий «потребность в помощи», «желание» (потребности, которые чувствуются) и «запрос» (потребности, которые выражаются). Приоритетное место среди человеческих потребностей занимает получение качественной медицинской, в том числе и стоматологической помощи. По данным статистических отчетов стоматологическая помощь относится к одним из самых массовых видов медицинской помощи населению, в которой нуждается практически 100 % населения. В современных социально-экономических условиях республики чрезвычайно важно на основе системного анализа оценить состояние стоматологической службы, определить категорию «качество стоматологической помощи», чтобы впоследствии определить перспективу и стратегию её развития. По литературным данным и данным современных исследований не существует однозначной формулировки категории «качество медицинской помощи», что и послужило основанием для проведения анализа научно обоснованных подходов к решению вопросов качества стоматологической помощи населению. Используя библиосемантический метод исследования, в 24 литературных источниках были обнаружены формулировки «качество медицинской помощи» и в 21 – «качество стоматологической помощи», что подтверждает мнение о многообразии понятий «качества».

Цели и задачи. Разработать научно обоснованные подходы к перспективному развитию государственных стоматологических поликлиник для совершенствования качества стоматологической помощи населению Донбасса в современных социальных условиях.

Материалы и методы. В клинике кафедры стоматологии ФИПО на базе ГБУ «ГКСП № 6 г. Донецка» и в стоматологическом отделении № 2 ЦГКБ № 1 г. Донецка в период с 2020–2021 года наблюдались 228 пациентов в возрасте 35–45 лет, обоего пола, не имеющие в анамнезе системных заболеваний с диагнозами: болезни твердых тканей зубов, которых вели 36 врачей-стоматологов. Диагностика болезней твердых тканей зубов проводилась в соответствии с МКБ-10 (К 00.3; К 00.40–00.49). Пациентам были проведены обследования с использованием социологических, клинических и диагностических лабораторных методов исследования. От всех пациентов было получено добровольное согласие на участие в данном исследовании, а также на обработку их персональных данных.

Разработка вопросника для анкетирования и статистический анализ результатов исследования проводились совместно с кафедрой общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Вопросник разрабатывался непосредственно для данного исследования и включал в себя: социальный статус пациента, выбор лечебного учреждения, выбор врача, личную оценку адекватности, эффективности и безопасности лечения. Для статистического анализа использовалась программа «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты и обсуждение. Библиосемантический анализ в данном исследовании позволил установить, что в 17,6 % случаев многие авторы определяют качество медицинской и стоматологической помощи как отдельную характеристику – способность стоматологической помощи добиться или достигнуть какого-либо результата; в 52,5 % – как совокупность ряда характеристик и в 29,9 % – как оценку результата лечения, диспансерного наблюдения и программ профилактики.

В соответствии с программой исследования были разработаны единицы наблюдения для определения критериев качества стоматологической помощи (табл. 1).

Таблица 1

Результаты по единицам наблюдения (по мнению врачей) n=36

Характеристика	абс.	%
Взаимодействие между пациентом и врачом	27	75,0
Адекватность	22	61,1
Результативность	16	50,0
Удовлетворенность (потребностей, ожиданий) пациентов	25	69,4
Технологическое выполнение	15	41,6
Эффективность	23	63,8
Безопасность, снижение риска	9	25,0

Качество стоматологической помощи можно понимать в узком восприятии, когда речь идёт о лечении конкретного больного конкретным врачом и рассматривается как медицинский случай. Но с точки зрения организации управления стоматологическую помощь необходимо воспринимать в более широких границах, на уровне конкретного лечебного учреждения в конкретном городе и в республике в целом. В этих случаях стоматологическая помощь выступает аналогом понятий «организация производства». Стоматологическую помощь необходимо отнести к определённому производственному процессу и опираться на классические принципы, характеризовать качество стоматологической помощи тремя аспектами: качеством структуры, процесса и результата. Одной из ключевых позиций в оценке явился критерий «Результативность» стоматологической помощи, что достигалось объединением реального технического качества и качества лечения на уровне оценочного критерия – пациентами (внешний потребитель) и медицинским персоналом (внутренний потребитель).

Выводы. По нашему мнению, эффективность деятельности стоматологической службы должна определяться качеством организации и управления, что зависит от профессионального мастерства руководителей, а уровень финансирования – от возможности руководителей быстро

и беспрепятственно адаптировать лечебное учреждение к работе в конкурентной среде на целевом стоматологическом рынке и, по возможности, мотивировать сотрудников посредством материального стимулирования. Усовершенствование подходов к управлению качеством позволяет выявить приоритетные направления развития службы при решении задач для обеспечения гарантий качества стоматологической помощи населению с ориентацией на конечные результаты и оптимизацию затрат.

Список литературы

1. Янушевич О. О., Григорьян Б. В. Пути повышения эффективности работы врача-стоматолога // Экономика и Менеджмент в стоматологии. – 2010. – № 3 (32). – С. 28–32.
2. Алимский А. В. Перспективы и возможные направления трансформирования государственной службы страны // Экономика и Менеджмент в стоматологии. – 2010. – № 3 (32). – С. 19–22.
3. Бойко В. В. Психология и менеджмент в стоматологии. Том I. Клиника – «под ключ». – Санкт-Петербург, 2009. – 1080 с.

УДК 618.2-053.71:616-58.74

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ

Верешко Евгений Владимирович

Россия, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Научный руководитель: д. м. н., доцент Черных Светлана Владимировна

Введение. В последние годы наблюдается чёткая тенденция к росту числа беременностей и родов у несовершеннолетних в большинстве стран мира. По данным ВОЗ, ежегодно в мире происходит около 15 миллионов родов у подростков [1]. Ранняя беременность – глобальная проблема, т.к. она сопряжена с повышенным риском как для матери, так и для новорожденного. В 70–75 % случаев беременность и роды у юных матерей протекают с осложнениями, которые являются ведущей причиной смертности среди девочек-подростков в возрасте 15–17 лет во всем мире [2, 3]. Тем не менее, в условиях демографического кризиса, девочки-подростки рассматриваются мировым сообществом в качестве потенциального резерва воспроизводства населения [4, 5]. Таким образом, проблема улучшения качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним беременным, решившим сохранить ребенка, с годами становится особенно актуальной.

Целью исследования явилось изучение социального статуса и медицинского анамнеза у юных беременных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 368 историй родов несовершеннолетних беременных, родоразрешенных в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства (ДРЦОМД) в 2013–2020 гг.

Результаты и обсуждение. По данным отчетов работы подразделений ДРЦОМД, в 2010 г. доля родов у юных беременных составила 0,8 % от общего количества родов; в 2012 г. – 1,1 %; в 2016 и 2017 гг. – 1,7 %, в 2018 г. – 1,8 %, в 2020 г. – 1,5 %, а в 2022 г. – 2,4 % за 9 месяцев работы.

Согласно анализу, возраст госпитализированных пациенток составлял от 13 до 17 лет (в среднем $16,3 \pm 0,6$ лет), причем более 80 % девочек были в возрасте 16–17 лет. Ученицами средних общеобразовательных школ и студентками профессионально-технических училищ являлись 72 % (265) девушек, а 28 % (103) – студентками высших учебных заведений. Только 74 (20,1 %) юных беременных находились в зарегистрированном браке, 170 (46,2 %) проживали в гражданском браке, 124 (33,7 %) были одиночками, 53 (14,4 %) не знали отца будущего ребенка, большинство юных беременных воспитывались в неполных семьях, в которых родители имели пагубное

пристрастие к алкоголю. Никотинозависимость имела место у 173 (47,0 %) девочек; 55 (14,9 %) когда-либо употребляли психотропные препараты и алкоголь. Средний возраст начала половой жизни составил $14,22 \pm 0,52$ лет (13–16 лет), причем у каждой пятой девочки был не один половой партнер. У 166 (45,1 %) юных беременных во время данной беременности была выявлена урогенитальная инфекция, при этом у 32 (19,3 %) из них выявлено сочетание двух и более инфекций, передающихся половым путём. Обращает на себя внимание частота нарушения соматического здоровья юных беременных: у каждой 3-й беременной была выявлена экстрагенитальная патология, почти у половины из них – 2 и более экстрагенитальных заболевания. На диспансерном учёте у врача находились 132 (35,9 %) беременные по поводу вегетососудистой дистонии; 155 (42,1 %) – различных заболеваний мочевыделительной системы; 135 (36,7 %) – заболеваний желудочно-кишечного тракта; 48 (13,1 %) – заболеваний сердечно-сосудистой системы; 59 (16,0 %) – заболеваний органов дыхания; 22 (6,0 %) – заболеваний органов зрения; 88 (23,9 %) юных беременных состояло на учёте по поводу хронической железодефицитной анемии.

Средняя масса тела у девочек-подростков составляла $66,4 \pm 8,1$ кг, при этом у 78 (21,2 %) пациенток имелся дефицит массы тела, у 55 (15,0 %) – избыточная масса тела и ожирение. Необходимо отметить, что у 226 (61,4 %) девочек-подростков были выявлены какие-либо фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ): дисгармоничное физическое развитие, нарушения осанки, сколиотическая деформация позвоночника, плоскостопие, миопия, пролапс митрального клапана и др. У 7 (1,9 %) пациенток настоящая беременность являлась повторной, подавляющее большинство были беременны впервые. В первом триместре на учёт по беременности было взято 112 (31,5 %) девочек, во втором триместре – 218 (61,2 %), в третьем триместре – 26 (7,3 %). Средний срок беременности на момент постановки на учёт составил $16,4 \pm 4,3$ недель. Акушерские осложнения во время беременности имели место у 284 (77,2 %) юных беременных: у 155 (54,5 %) из них гестационный процесс осложнился угрозой прерывания беременности в I или II триместре, у 78 (27,5 %) – плацентарными нарушениями, у 93 (32,7 %) – преэклампсией. У 246 (66,9 %) юных беременных была диагностирована анемия: у 110 (44,7 %) из них – лёгкой степени, у 136 (55,3 %) – средней степени тяжести. Гестационный пиелонефрит был выявлен у 37 (10,1 %) юных беременных, гипотония беременных – у 77 (20,9 %). Срочные роды произошли у 344 (93,5 %) юных беременных, преждевременные – у 24 (6,5 %), через естественные родовые пути – у 259 (70,4 %) беременных, операция кесарево сечение произведена в 109 (29,6 %) случаях, в том числе в 45 (41,3 %) – по поводу дистресса плода, в 31 (28,4 %) – преэклампсии тяжёлой степени. У 121 (32,9 %) несовершеннолетних беременных роды были патологическими. Течение послеродового периода осложнилось анемией в 182 (49,5 %) случаях, нарушениями лактации – в 72 (19,6 %) случаях. В 11 (3,0 %) случаях произошла антенатальная гибель плода. Средняя масса новорожденных составила $2965,62 \pm 65$ г, длина – $48,68 \pm 1,5$ см, оценка по шкале Апгар на 1 мин – $6,7 \pm 0,6$ балла, на 5 мин – $7,6 \pm 0,4$ балла. У юных беременных с признаками НДСТ акушерские осложнения во время беременности и родов наблюдались в 2–3,5 раза чаще, чем у девочек без признаков НДСТ (несвоевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, аномалии родовой деятельности, преэклампсия, плацентарная недостаточность и др.).

Выводы. Несовершеннолетние беременные составляют группу высокого риска по развитию материнской и перинатальной патологии. Проведенный анализ подтверждает наличие неблагоприятных социальных аспектов (раннее начало половой жизни, наличие вредных привычек, психотравмирующих факторов, низкий образовательный уровень), плохого соматического здоровья, высокую частоту осложнений беременности и родов у несовершеннолетних жительниц региона, что требует детальной разработки четких методических рекомендаций и протоколов по тактике ведения беременности и родов у девочек подросткового возраста.

Список литературы

1. Быстрицкая, Т. С. Беременность и гинекологическое здоровье у подростков / Т. С. Быстрицкая. – М.: Феникс, 2015. – 256 с.

2. Петрунько, А. В. Актуальные проблемы сексуального воспитания подростков / А. В. Петрунько. – М.: ДЦССМ, 2014.
3. Emans, S. J. H. Pediatric and Adolescent gynecology / 5th Edition / S. J. H. Emans, M. R. Laufer, D. P. Goldstein. – Lippincott Williams & Wilkins. – 2015. – No. 8. – P. 561–563.
4. Лещенко, Я. А. Образ жизни, брачно-семейные и репродуктивные установки подростков. / Я. А. Лещенко, А. В. Боева, О.Я. Лещенко // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 4. – С. 85–91.
5. Dianne, S. E. Adolescent pregnancy / S. E. Dianne, E. F. Marianne // Pediatr. Clin. N. Am. – 2017. – № 50. – P. 781–800.

УДК 614.2

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И МЕТОДАХ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ

Бурлакова Екатерина Алексеевна, Ковалева Юлия Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общественного здоровья

и здравоохранения Теличко Юлия Владимировна;

ассистент кафедры акушерства и гинекологии Попова Екатерина Владимировна

Введение. Уникальная генеративная функция женщин определяет демографическую, а, следовательно, и социально-экономическую сторону любого государства [1]. Поэтому репродуктивное здоровье женщин является острой темой не только на национальном уровне, но и на международном [2]. Гинекологические заболевания занимают третье место среди общего класса болезней. Лидирующими являются осложнения беременности, родов и послеродового периода. Второе место – расстройства менструального цикла. На третьем месте – эрозия и эктопия шейки матки. Четвертое место принадлежит бесплодию, и пятое занимают злокачественные новообразования [3]. Все эти заболевания в большинстве случаев, возможно предупредить при своевременном проведении профилактических мероприятий, которые направлены на раннее выявление и устранение причин и негативно влияющих факторов. Ведь от образа жизни женщины на 50 % зависит ее здоровье и лишь 10% влияния приходится на систему здравоохранения. Меры для сохранения репродуктивного здоровья женщины должны быть направлены на снижение риска развития отклонений в здоровье, так как здоровье женщины-матери определяет здоровье нации [4].

Цель и задачи. Цель работы: сформировать и проанализировать представление об уровне информированности женщин о структуре гинекологической патологии и методах её профилактики.

Задачи работы:

1. Сформировать анкету для определения уровня информированности женщин;
2. Проанализировать научные статьи о структуре гинекологической патологии, методах профилактики;
3. Провести социологический опрос;
4. Проанализировать полученные данные;
5. Сделать выводы об осведомленности женщин структурой гинекологической патологии.

Материалы и методы. Для определения информированности о структуре гинекологической патологии среди женщин репродуктивного возраста разработана анкета из 33 вопросов. Социологический опрос проводился на основе принципов анонимности и добровольности.

В анкетировании приняли участие 120 респондентов. Социологический портрет – женщины, возраст которых составил: 18–25 лет – 56,7 %, 26–35 лет – 19,2 %, 36–49 лет – 17,5 %, свыше 49 лет – 6,6 %. Большинство опрошенных – работающие женщины (45 %), не занятые в сфере здравоохранения; медицинские работники составили 10 % от числа всех опрошенных. На долю обучающихся пришлось 45 %. Из них 28,3 % учатся в медицинском или фармацевтическом колледже или вузе, 16,7 % – в других учебных заведениях.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования 87,5 % женщин считают, что посещать врача-гинеколога с профилактической целью и делать УЗИ стоит не реже 1 раза в год или 1 раз в полгода, остальные (12,5 %) уверены в необходимости посещать врача значительно реже. Наиболее частой причиной непосещения врача являются наличие неприятного опыта в прошлом и стеснение (38,5 %), нехватка времени (15 %), отсутствие жалоб в данной области (46,5 %).

По мнению 97,5 % респондентов, менструация должна иметь регулярный циклический характер. Примечательно, что 16,2 % опрошенных женщин недостаточно осведомлены о нормальной длительности менструального цикла и продолжительности критических дней (1,67 % из этого количества путают данные понятия). 40,8 % опрошенных считают, что задержка менструаций в пределах 3–7 дней может свидетельствовать о патологических изменениях в репродуктивной системе женщины. Каждая вторая женщина считает, что нормальная физиологическая менструация может сопровождаться рядом патологических проявлений, к которым относятся: резкие спастические боли (32,5 %); обильное кровотечение, при котором средства гигиены необходимо менять через 1–2 часа (31,7 %); головокружение (10,8 %); тошнота, рвота (5 %).

Наиболее эффективным методом контрацепции 65,3 % женщин считают презервативы, 31,7 % оральные контрацептивы, 3 % предложили свои варианты (воздержание, использование нескольких методов контрацепции одновременно, стерилизацию). Для предупреждения распространения заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП), большинство опрошенных применяют презервативы (92,4 %), далее – противозачаточные таблетки (7,6 %), экстренную контрацепцию после незащищенного полового акта (3,4 %), прерванный половой акт (1,7 %). 5 % считают, что нет эффективного средства. Остальные предлагали для решения данной проблемы не вступать в половые отношения или совместно проверяться на наличие ЗППП (1 %), а также надеяться на порядочность своего партнера (0,8 %).

На вопрос о безопасности приёма посткоитальных контрацептивов половина (50 %) женщин высказались об отрицательном воздействии препаратов на организм, способном привести к бесплодию. При ответе на вопрос о присутствии менструаций в период приема оральных контрацептивов, 64,4 % женщин ответили положительно, 19,5 % затрудняются ответить, 16,1 % высказались отрицательно. Из первой группы 55,2 % женщин являются работниками здравоохранения, либо учатся в медицинских учреждениях.

Отвечая на вопрос о неблагоприятных последствиях медицинских аборт на будущую беременность, 4,2 % женщин ответили отрицательно, 5,9 % затрудняются ответить. Временной интервал между двумя беременностями с целью предотвращения осложнений, по мнению 78,2 % женщин, должен составлять 2–3 года, 8,4 % – считают достаточным до 1 года, остальные (13,4 %) не видят связи или затрудняются ответить. 24,4 % не видят прямой зависимости между возрастом матери и течением беременности; 46,2 % женщин утверждают, что наступление беременности до 18 лет и после 30 лет неблагоприятно влияет на здоровье будущей матери и новорожденного; 16 % считают обратное; 13,4 % – затрудняются ответить. 77,5 % опрошенных женщин считают, что на этапе планирования беременности необходима подготовка. 2,5 % утверждают обратное, 20 % – затрудняются ответить.

Выводы. В ходе исследования выявлено, что уровень информированности женщин о структуре гинекологической патологии и методах ее профилактики является удовлетворительным, однако большая часть осведомленных респондентов приходится на работников здравоохранения и учащихся медицинских или фармацевтических Вузов и колледжей. Часть опрошенных,

не относящихся к данной категории зачастую недостаточно компетентны в вопросах гинекологической патологии, им присущи бытовые представления о женском здоровье.

Список литературы

1. А. В. Сапунов, Т. А. Сапунова Исследование демографических тенденций в России и определение их социально-экономических последствий. Вестник Академии знаний № 43 (2), 2021.
2. Программа Действий Международной Конференции по Народонаселению и Развитию, принята 5–13 сентября 1994, Каир, Египет, A/CONF. 171/13/rev. 1 (1994).
3. Статистика: уровень гинекологических заболеваний растет // <http://www.chirkoff.com/o-zhenshhiny/statistika-uroven-ginekologicheskix-zabolevanij-rastet.html>. Доступ – 19.10.2022.
4. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Савельевой Г. М., Сухих Г. Т., Серова В.Н. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020.

УДК 614.2

СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Виноградова Марина Васильевна, Светличная Екатерина Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. м. н. Девляшова О.Ф.

Введение. Оказание своевременной, квалифицированной и качественной медицинской помощи является одним из важных показателей в работе медицинской организации и системы здравоохранения РФ в целом. С этой целью разработана система стандартных операционных процедур (СОП) (Standard Operation Procedures/SOP), включающая набор пошаговых действий, необходимых для выполнения определенного этапа оказания медицинской помощи. Внедрение СОП способствует рациональной организации процессов и формированию единого оценочного фонда проведенных манипуляций. СОП используют для подготовки и повышения квалификации медицинского персонала. Также СОП вносят огромный вклад в решение возникающих юридических споров по выявлению ошибок в проведении различных лечебно-диагностических манипуляций.

Цели и задачи работы: провести анализ внедрения в практику медицинских организаций СОП и оценить их влияние на работу медицинского персонала.

Материалы и методы: дидактический, методический, аналитический.

Литературный обзор качества, целесообразности разработанных СОПов, степень их внедрения в деятельность медицинских организаций проведен на основе анализа статей, представленных МБУ «ЦГКБ № 6» г. Екатеринбурга, ГБУЗ ИГОДКБ, ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова», ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы», КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови №1» [4].

Результаты и обсуждение. Проведенный внутренний аудит медицинских организаций выявил ряд трудностей, связанных с внедрением данных процедур в работу стационара. Основной проблемой внедрения СОП стало недостаточное материально-техническое обеспечение больницы для обеспечения конкретного СОП. Непонимание среднего медицинского персонала в целесообразности и необходимости их внедрения при наличии ГОСТ на некоторые медицинские манипуляции также явилось проблемой со стороны [1]. Часть персонала посчитали протоколы СОП непонятными для выполнения. В период внедрения СОП отмечалась негативная реакция персонала на нововведения, однако в процессе дальнейшей работы, отношение медицинского персонала менялось, о чем свидетельствует увеличение процента применения данных протоколов на практике, а также о положительной динамике при лечении пациентов.

Также с целью повышения эффективности принятых протоколов стали проводиться регулярные аудиты, которые способствовали выявлению дефектов при соблюдении СОП.

Исследование показало, что благодаря внедрению СОП организация работы медицинского персонала вышла на новый уровень качества оказания медицинской помощи. На основе новых СОПов были созданы более совершенные схемы лечения с учетом результатов современных медицинских исследований, что привело к улучшению показателей качества и эффективности оказанных медицинских услуг, упрощено обучение среднего медицинского персонала по выполнению манипуляций. Так, ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница на преаналитическом этапе отметила сокращение числа дефектов при заборе биологического материала на 46 % в сравнении с предыдущим периодом. Социологический опрос показал повышение заинтересованности к работе у персонала на 82,5 %, чувство ответственности, к выполняемым манипуляциям, увеличилось до 91,2 % от общего числа опрошенных респондентов [2].

Уровень удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами по результатам анкетирования, проводимого на протяжении 3-х лет (2019–2021 гг.), составил 82,7 %; 86,2 % и 89,1 % соответственно. Благодаря стандартным операционным процедурам появился четкий план действия каждого звена в лечебном учреждении, что позволило более эффективно распределять время и ресурсы в стационаре. В ГБУЗ ИГОДКБ, была отмечена тенденция к уменьшению количества случаев осложнений у пациентов после проведения СОП. Так, после внедрения ведения листа наблюдения за периферическим венозным катетером, порядка забора крови из периферической вены, порядка проведения парентерального введения лекарственных препаратов в структурных отделениях ГБУЗ ИГОДКБ отмечено полное отсутствие осложнений после соответствующих сестринских манипуляций [2].

Выводы. Таким образом, опыт работы вышеуказанных лечебных учреждений показал высокую эффективность внедрения СОП в лечебную практику. Данные учреждения продемонстрировали успешный подход к созданию новых рекомендаций оказания медицинской помощи, быструю адаптацию персонала к новым условиям работы.

Благодаря данной системе стандартизации в медицинской деятельности можно добиться наилучших результатов, что отражается на улучшении качества медицинской помощи, повышении ответственности работников, уменьшении расходных материалов. Так, за счет строгого соблюдения СОПов все клинические базы, на основании которых проводилось сравнение, смогли оценить работу своей организации со стороны двух аспектов: медицинского и экономического (про экономическую эффективность ни слова не сказано). Таким образом, в целях усовершенствования качества и безопасности медицинской помощи СОПы могут стать одним из инструментов системы здравоохранения.

Список литературы

1. Бернатович О. А., Борзунов И. В., Попов А. А., Прокопьева Э. Р., Чернышева Э. Ю. Анализ практического опыта разработки и внедрения стандартных операционных процедур в деятельность среднего медицинского персонала // Менеджер здравоохранения. 2020. № 10. С. 19–25.
2. Мурычева Т. В., Похолкова Н. В., Тишкина Г. И., Руденко Н. Ю., Алексеева Н. Ю. Опыт применения стандартной операционной процедуры в рамках системы менеджмента качества в многопрофильной медицинской организации // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. 2022. № 11. С. 269–273.
3. Пугачев М. В., Ибатова О. В., Коротина Е. В., Синкин М. В. Примерные образцы стандартных операционных процедур, выполняемых работниками среднего звена в отделениях и кабинетах функциональной диагностики // Медицинский алфавит. 2021. № 39. С. 53–62.
4. Зырянов С. К., Фитилев С. Б., Возжаев А. В., Шкробнева И. И., Тяжелников А. А., Шиндряева Н. Н. Внедрение концепции стандартных операционных процедур в практику первичного амбулаторного звена – утопия или назревшая необходимость? // Качественная клиническая практика. 2020. № 3. С. 75–84.

УДК 614.2:332.1

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Витвицкая Виктория Вячеславовна

канд. юрид. наук, доцент

Россия, Донецкая Народная Республика, ГОУ ВПО «Донецкая Академия управления
и государственной службы при Главе Донецкой Народной Республики»

Введение. В советский и постсоветский периоды здравоохранение Донецкой области находилось на передовых рубежах медицинской науки и практики. Именно в Донецке были созданы известные научные школы в сфере различных отраслей медицины: нейрофизиологии и фундаментальных физиологических наук (академик Н. Н. Казаков); онкологии (академик Г. В. Бондарь); акушерства и гинекологии (профессор В. К. Чайка); комбустиологии (профессор Э. Я. Фисталь); анестезиологии и реаниматологии (профессор Р. И. Новикова); терапии и ревматологии (профессор А. И. Дядька); детской нейрореабилитации (профессора С. К. Евтушенко) и другие [2, с. 6].

В 2011 году в Украине было принято решение о реформировании системы здравоохранения и Донецкая область была включена в качестве «пилотного региона» в эксперимент. Поддержку такая реформа среди ученых и практикующих медиков не получила. Главной причиной неприятия изменений выступил полный развал существующей и хорошо сработанной государственной системы, построенной по модели Н. А. Семашко.

Отправным моментов в анализе работы системы здравоохранения Донбасса стал вооруженный конфликт с Украиной, который породил серьезные проблемы, к разрешению которых приступила Донецкая Народная Республика.

Цель и задачи. Проанализировать имеющиеся место проблемы в здравоохранении Донецкой Народной Республики, возникшие в ходе вооруженной агрессии со стороны Украины.

Задачи, стоящие перед исследователем, следующие:

- сравнить состояние системы здравоохранения Донбасского региона предвоенного и военного периодов;
- охарактеризовать проблемы системы организации и обеспечения медицинского обслуживания населения в ДНР.

Материалы и методы. Предложенный анализ состояния системы организации и обеспечения медицинского обслуживания населения в Донецкой Народной Республике проводится путем изучения материалов публикуемых научных трудов, статистики и публикаций в средствах массовой информации.

Результаты и обсуждение. До 2014 года здравоохранение в Донецкой области (Украина) столкнулось с сложными социально-экономическими проблемами. Отмечалось большое скопление лечебных учреждений государственной и коммерческой форм собственности в городах области и малым развитием медицины в сельской местности. На развитие отраслей здравоохранения в тот период оказывало влияние высокий уровень урбанизации и производственные особенности промышленности региона. Область отличалась высоким уровнем профессиональных заболеваний, ожоговых, шахтно-взрывных травм. Кроме того отмечалась ситуация с высокой степенью распространения опасных инфекционных и онкологических заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекция и другие заболевания) [1].

Реформа Министерства здравоохранения Украины 2011 года водила в действие трехуровневую систему оказания медицинской помощи, через которые пациент вынужден будет пройти прежде, чем ему окажут высокоспециализированную помощь. Внедрение семейной медицины не оправдала себя, так как терапевты не были готовы к расширению своих функций, вплоть до консультирования детей. По области в ходе реформы прокатилась планомерное сокращение

медицинских учреждений. Были закрыты более 15 лечебных заведений. Упразднение стационарных отделений, привело к сокращению сотни единиц коечного фонда. Укрупнение учреждений здравоохранения привело к ликвидации возможности населения получить медицинскую помощь практически во всех сельских населенных пунктах. Происходило реформирование санитарно-эпидемиологической службы со значительным сокращением учреждений этой системы. С такими показателями в сфере здравоохранения мы вошли в военный период 2014 года.

В течение восьми лет Донецкая Народная Республика преодолевала колоссальные проблемы, связанные с оказанием медицинской помощи населению. Система организации и обеспечения медицинского обслуживания населения существенно изменилась, она была подчинена требованиям военного времени, существовала и развивалась в период военной агрессии со стороны Украины. Все эти и другие факторы повлияли на развитие системы здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Прежде всего, произошла значительное изменение численности населения и характера обращения за медицинской помощью (боевые (минно-взрывные, огнестрельные) ранения). Следует отметить и качественное изменение состава врачей. Во многих больницах до настоящего времени отсутствуют специалисты определенных специальностей. Государство нуждается в укреплении участковой педиатрической службы, планируется восстановление работы детских консультаций. Общий дефицит медицинских работников в ДНР на сегодняшний день составляет порядка 14 тыс врачей [2, с. 10]. Растет число лиц пенсионного возраста среди медицинского персонала: если в 2018 г. составляло 3390 человек, то в 2019 г. их число увеличилось до 3487, что на 2,9 % больше. Удельный вес их составил 37,8 % от общего числа работающих врачей. Численность лиц пенсионного возраста среди младших специалистов увеличилась на 3,8 %. Удельный вес пенсионеров от общего числа работающих составил 29,5 % [3].

За годы военных действий было повреждено и уничтожено много лечебных заведений, выведено из строя большое количество медицинского оборудования. В первые годы вооруженной агрессии наблюдался дефицит медицинских препаратов.

К положительным моментам следует отнести восстановление санитарно-эпидемиологической службы, которая обеспечила эпидемиологическую безопасность ДНР в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. В 2014 году силами волонтеров на базе поликлиники № 2 и лечебно-оздоровительного центра ДОКТМО был создан первый военный госпиталь ДНР, сотрудники которого только за полтора года своей работы оказали помощь более 13тыс. раненым и пострадавшим в ходе боевых действий бойцам Народного ополчения ДНР [2, с.10].

Выводы. Вхождение в состав Российской Федерации Донецкой Народной Республики дает возможность дать оптимистический прогноз развития системы здравоохранения. Положение в важной государственной отрасли требует незамедлительного обновления, улучшения системы обеспечения кадрами и соответствующим оборудованием, строительство новых объектов медицинской инфраструктуры. Мероприятия по развитию здравоохранения необходимо включить как приоритетное направление в программу социально-экономического развития Донецкой Народной Республики. Формирование новой системы здравоохранения, наполненной востребованными сотрудниками с необходимой квалификацией позволит решить, как существующие, так и будущие проблемы.

Список литературы

1. Здравоохранение в Донецкой области / Википедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Здравоохранение_в_Донецкой_области
2. Долгошапок О. Н. Особенности работы системы здравоохранения Донецкой Народной Республики в условиях современных вызовов // Государственное управление: Сборник научных работ. – Вып. 18: Экономика и управление народным хозяйством / ГОУ ВПО «ДонАУиГС». – Донецк: ДонАУиГС, 2020. – 273 с. – С. 6–11.
3. Официальный сайт Республиканского центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rcozmsit.zdravdnr.ru/slides.html>

УДК 614.1:314.48:616.1

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Воронина Алена Сергеевна, Меланичева Маргарита Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель Теличко Юлия Владимировна

Введение. По данным ВОЗ самой распространенной причиной смерти являются сердечно-сосудистые заболевания, от которых ежегодно в мире умирает 17,9 млн человек [1]. Одним из методов профилактики риска сердечно-сосудистых осложнений является диспансеризация взрослого населения.

Цель: изучить частоту выявления болезней сердечно-сосудистой системы среди взрослого населения и их постановки на диспансерное наблюдение по результатам проведения диспансеризации определенных групп населения, оценить региональные особенности показателей.

Материалы и методы. При составлении данной статьи использовали метод статистического анализа для оценки качества диспансеризации при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Результаты и обсуждение. В 2020 году от болезней системы кровообращения умерло 944 843 человека, что соответствует 643,9 случая на 100 тыс. населения [2]. При этом в Волгоградской области количество смертей составило 21 283 человека [3]. Проследив динамику с 2014 по 2020 год, можно увидеть, что по России количество летальных исходов от заболеваний сердечно-сосудистой системы сократилось в среднем на 16 872 случая в год. В 2020 году показатель составлял 573,2 случая на 100 тыс населения.

С января 2019 года стартовал региональный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения» в рамках нацпроекта «Здравоохранение», целью которого является снижение смертности от болезней системы кровообращения до 538,7 случаев на 100 тыс. населения к 2024 году. Такая цифра может быть достигнута путем снижения ряда показателей. Так в 2022 планируемый показатель смертности от инфаркта миокарда должен составить 46,5 случаев на 100 тыс. населения, к 2024 году по прогнозу может составить уже 43,1 случай на 100 тыс населения. Показатель смертности от острого нарушения мозгового кровообращения в 2022 году должен составить 117,5 случаев на 100 тыс населения. К 2024 году по прогнозу проекта снизится до 109 случаев на 100 тыс населения [4].

В рамках реализации проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Волгоградской области были закуплены 3 тысячи упаковок лекарственных средств, 370 единиц диагностического оборудования, открыт современный реабилитационный блок, который оснащен современной техникой для оказания помощи: стабилотранспортом, вертикализатором с дорожкой для ходьбы, электронейромиостимулятором, роботизированным велоэргометром с биологической обратной связью и другой специализированной техникой [5].

Свыше 808 тыс жителей Волгоградской области прошли с начала 2022 года бесплатную диспансеризацию и профилактические осмотры, что позволяет на самых ранних стадиях выявлять заболевания сердечно-сосудистой системы, обеспечивать предупреждение развития осложнений и обострений имеющихся заболеваний, а также профилактику возникновения новых случаев.

Выводы. В дальнейшем полученные данные могут быть использованы при определении эффективности госпрограмм и оценки влияния факторов риска на заболеваемость и смертность, а также внешней оценки работы системы здравоохранения в отдельных регионах РФ. Кроме того, повышение эффективности медицинской помощи больным ССЗ в большой степени зависит от достоверных прогностических оценок региональной распространенности. Вышеизложенное определяет необходимость углубленного исследования факторов риска ССЗ для успешной реализации профилактических программ.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/ru/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1/
2. Официальный сайт ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса» Режим доступа [Электронный ресурс]. URL: <https://arzamas-cgb.ru/>
3. Росстат-информационный сайт о Федеральной службе государственной статистики. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/>
4. Комитет здравоохранения Волгоградской области. Режим доступа [Электронный ресурс]. https://oblzdrav.volgograd.ru/norms/acts/pravovye-akty-po-realizatsii-natsionalnykh-proektov-zdravookhraneniya-i-demografiya/Borba_s_serdechno-sosudistyimi_zabolevaniyami.pdf/
5. Комитет здравоохранения Волгоградской области. Режим доступа [Электронный ресурс]. https://oblzdrav.volgograd.ru/current-activity/cooperation/news/352402/?sphrase_id=818073/

УДК 614.2

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ И ПОЛУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

Горячев Василий Николаевич, Сибгатуллина Арина Азатовна, Шелухина Мария Борисовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: заведующий кафедрой общей и клинической психологии ВолгГМУ,
доктор социологических наук, доцент Волчанский Михаил Евгеньевич

Введение. Студенты Вуз имеют важное значение для государства, что может быть отражено в постоянном изменении и совершенствовании системы образовательного процесса и способов оценки возможностей обучающихся как будущих специалистов [1, 2]. На результативность усвоения знаний и готовности к профессиональной деятельности у студентов большое значение имеет психическое здоровье [3]. Сохранение и профилактика различных аспектов психического здоровья – одна из основных целей психологической помощи в любом подходе или школе [4]. Определение связи между психическим здоровьем и осведомлённостью, получением психологической помощи можно считать одним из актуальных вопросов общественного здравоохранения в рамках оценки ментального благополучия учащихся.

Цели и задачи. Изучение взаимосвязи и взаимовлияния осведомлённости, получения психологической помощи и психического здоровья студентов.

Материалы и методы. Проведен анализ литературы, посвящённый проблеме психического здоровья у обучающихся в Вуз. Для получения данных об обращениях за психологической помощью, осведомлённости о возможностях её получения и субъективной оценке психического здоровья использовался метод анкетирования. Состояние психического здоровья оценивалось с помощью опросной методики «Индекс жизненной удовлетворенности» (ИЖУ) в адаптации Н. В. Паниной. Объем выборки составил 119 человек в возрасте от 17 до 24 лет. Статистическая обработка включала в себя: коэффициент корреляции ρ -Спирмана, U -критерий Манна-Уитни для независимых выборок.

Результаты и обсуждение. По результатам анкетирования 101 студент (85 %) имеет сведения о том, куда можно обратиться за психологической помощью. Непосредственно обращались за психологической помощью 42 человека (35%), планируют обратиться 35 человек (29 %). Средняя субъективная оценка состояния психического здоровья составила 6,8 по десятибалльной шкале, где 10 обозначалось как «полностью здоров», а 1 как «значительно болен». Низко, с отклонением более чем на стандартное отклонение, оценили своё здоровье 26 человек (22 %). Такие результаты показывают наличие у большинства опрошенных потребности в получении психологической помощи, что отражается как в «планах» и обращениях, так и в неудовлетворительной оценке собственного здоровья.

Обнаружена умеренная отрицательная взаимосвязь между возрастом и наличием сведений об учреждениях и специалистах, способных оказать психологическую помощь ($p < 0,001$). Это показывает большую заинтересованность или потребность студентов младших курсов в психологической помощи. Обнаружены умеренные положительные взаимосвязи между всеми шкалами методики ИЖУ и субъективной оценки психического здоровья ($p < 0,001$), что подчеркивает важность личности и её потребностей в состоянии и ощущении благополучия.

Обнаружены статистически значимые различия в шкалах методики ИЖУ: «Интерес к жизни» ($p < 0,01$), «Согласованность между поставленными и достигнутыми целями» ($p < 0,05$), «Положительная оценка себя» ($p < 0,05$) между студентами, имеющими и не имеющими сведения об учреждениях и специалистах, оказывающих необходимое психологическое воздействие в тяжелых жизненных ситуациях (ТЖС). Такие данные говорят о лучшем состоянии психического здоровья при наличии сведений о путях получения психологической помощи.

Статистических различий в шкалах методики ИЖУ между студентами, обращавшимися и не обращавшимися за психологической помощью, не обнаружено. Различия в субъективной оценке психического здоровья близки к значимым ($p = 0,98$). Такие данные показывают необходимость провести анализ особенностей психологической помощи для выяснения значимости описываемого показателя в рамках психического здоровья.

Выводы. Проведенное исследование показывает значимость осведомленности о возможностях получения психологической помощи как показателя психического здоровья. Данный факт подчеркивает важность проведения просветительских мероприятий относительно вопроса о получении студентами доступной профессиональной психологической помощи в рамках здравоохранения. Перспективой развития исследования является изучение параметров оказанного психологического воздействия в ТЖС для выявления их влияния на ментальное благополучие студентов.

Список литературы

1. Зияева М. Ф. Важность инновационных педагогических технологий в совершенствовании образования // *Science and Education*. – 2022. – Т. 3. – № 3. – С. 700–704.
2. Казакова Е. И., Тарханова И. Ю. Оценка универсальных компетенций студентов при освоении образовательных программ // *Ярославский педагогический вестник*. – 2018. – № 5. – С. 127–135.
3. Клейменова М. В. Психологическое здоровье студентов-специальных психологов как фактор готовности к профессиональной деятельности в условиях инклюзивного образования // *Известия Воронежского государственного педагогического университета*. – 2018. – № 2. – С. 11–16.
4. Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. – Эксмо, 2010.

УДК 616-02-036.2 (477.62)

ОСОБЕННОСТИ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Ефименко Максим Викторович, Федорова Галина Васильевна,
Шиншина Светлана Ивановна, Бережная Светлана Евгеньевна**

Россия, Донецкая Народная Республика, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Частота возникновения болезней в человеческой (биологической) среде свидетельствует об исходном уровне общественного здоровья, а также об эффективности мер их профилактики. Общественное здоровье, согласно определения ВОЗ, это совокупное здоровье людей в реальных социально-экономических, социально-психологических и природно-экологических условиях жизнедеятельности [7] на конкретной общей территории [6]. Из пяти групп показателей, оценивающих здоровье популяции (донозологических состояний, демографических

данных, физиологического развития, заболеваемости, инвалидности), чаще всего используются данные о состоянии заболеваемости, т. к. именно формированием патологии индивид реагирует на неблагоприятные условия окружающей среды.

Донбасс, и его основная часть республики – глубоко урбанизированный регион, регион насыщенности многоотраслевыми видами промышленности, регион активных военных действий. Длительность проживания в таких депрессивных условиях сформировала свои закономерности в частоте, структуре заболеваемости [4].

Цели и задачи. Изучить и оценить особенности формирования патологии популяции республики, акцентируя внимание на тех видах заболеваний, которые из состояний возникновения переходят в состояние распространения.

Материалы и методы. Использован первичный статистический материал (в абсолютных числах) о заболеваниях населения региона, представленный республиканским отделом статистики. Данные обработаны использованием метода относительных величин, полученные показатели заболеваемости в соответствии с МКБ-10, распределены по классам болезней и ранжированы. Определены ранговые позиции болезней при показателе «распространённом» и показателе «возникновения» патологии с последующей оценкой [7].

Результаты и обсуждение. Длительность проживания населения республики в депрессивных условиях, условиях активных военных действий, как правило, приводят к дезадаптации индивида [11]. В причине превышения действий социальных ритмов, угнетающих биологические ритмы, их силу по сдерживанию влияний социальных [2]. В результате формирование преморбидных состояний, состояний предболезней органов, что при отсутствии и невозможности их диагностики в сложившихся условиях, приводит к тяжелому течению заболеваемости и их хронизации [1]. Конкретные данные о состоянии заболеваемости, ранговых позициях конкретных видах патологии приведены в таблице.

Таблица 1

Сравнительные ранговые уровни и сдвиги частоты возникновения и распространения различных классов болезней среди населения республики

Класс болезней	Ранг частоты возникновения	Ранг частоты распространения	Сдвиг рангов частоты распространения относительно частоты возникновения; количество позиций выше (+); ниже (-)
Органов дыхания	1	2	-1
Системы кровообращения	2	1	+1
Травмы и отравления	3	8	-5
Мочеполовой системы	4	5	-1
Кожи и подкожной клетчатки	5	10	-5
Глаз и придаточного аппарата	6	6	0
Костно-мышечной системы и соединительной ткани	7	4	+3
Уха и сосцевидного отростка	8	13	-5
Органов пищеварения	9	3	+6
Беременность и родов	10	14	-4
Нервной системы	11	12	-1
Эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ	12	7	+5
Новообразования	13	11	+2
Психические расстройства	14	9	+5
Крови и кроветворных органов	15	15	0
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	16	16	0

Согласно данным таблицы, ранговые позиции при показателе распространенности относительно такового, при показателе частоты возникновения, либо повышаются (+), либо понижаются (-). Повышение ранговой позиции класса болезней, при показателе распространенности, свидетельствуют о процессе накопления болезней в общественной среде. Чем более выражено повышение ранговой позиции, тем более активно протекает процесс накопления патологии; как видно из показателей сдвигов рангов таблицы шесть классов болезней повысили свой ранговый уровень – это болезни систем кровообращения, костно-мышечной системы, болезни органов пищеварения, болезни эндокринной системы, новообразования и психические расстройства. При этом семь классов понизили, а три не изменили своих позиций. Изложенное свидетельствует о том, что по указанным шести классам произошло увеличение доли больных людей. При этом на передовые позиции по распространенности, среди населения республики, вышли болезни органов пищеварения, эндокринной системы и психические расстройства.

Выводы.

1. Население республики постоянно проживает в сложной социально-экономической и экологической обстановке, а также продолжающимися военными действиями, что способствует увеличению случаев больных с более тяжелой формой заболеваний.

2. Полученные результаты сравнительного анализа показывают, что шесть классов болезней, повысили свой ранговый уровень, что указывает на увеличение доли больных людей, тяжелобольных – это болезни органов пищеварения (+6), эндокринные болезни (+5), расстройства психики (+5).

3. Рост показателей распространенности на фоне стабильных величин частоты их возникновения может указывать на увеличение удельного веса случаев болезней с более тяжелыми формами, как по экологии, так и по патогенезу.

4. Идет процесс прогрессирования и активного увеличения патологической пораженности населения на фоне устойчивой частоты возникновения первичных случаев болезни, что указывает на выраженное неблагоприятное развитие общественного здоровья населения региона.

Список литературы

1. Агарков В.И. Показатели индивидуального и общественного здоровья – В кн.: Общественное здоровье и концептуальные направления развития здравоохранения ДНР. – Донецк – 2017. – с. 13–19.

2. Доценко Т. М., Бугашева Н. В., Бутева Л. В. Биологическая надежность организма, как интегральный показатель жизненных возможностей организма в условиях окружающей среды – Вестник гигиены и эпидемиологии. – Т. 23, Донецк, – 2019. – с. 207–210.

3. Измеров Н. Ф. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья населения, медицина руда и промышленная экология – 2000 – № 1, с. 1–6.

4. Лисицын Д. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2002. – 520 с.

5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр, Том 1 (часть 1 и 2). ВОЗ, 1995.

6. Юров В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб, – 2000. – 914 с.

УДК 614.21:005.34(477.62)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Зяблицев Дмитрий Владимирович, Подоляка Валентина Леонидовна,
Бублик Яна Владимировна

Россия, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Донецк, ДНР

Введение. В настоящее время в Донецкой народной республике сформированы новые условия работы системы здравоохранения в связи с продолжающимися военными действиями наряду с модернизацией организационной структуры здравоохранения, связанной с интеграционными процессами в образовательной среде Российской Федерации.

Для большинства руководителей практического здравоохранения существует проблема адаптации своих управленческих функций к новым условиям при минимальном желании и мотивации заменить старые методы, используемые в управлении [1].

Цель и задачи. Учитывая вышеизложенное, это требует использования новых методических приемов в подготовке организаторов здравоохранения, формирования современных профессиональных компетенций организатора здравоохранения, что обеспечивается внедрением компетентностных подходов на последипломном этапе обучения. Это позволит достичь цели формирования управленческих компетенций в кратчайшие сроки и, соответственно, значительно повысить эффективность управления медицинскими учреждениями [2].

Материалы и методы. Мы изучили эффективный способ достижения этой цели в ходе подготовки практических менеджеров здравоохранения на последипломном уровне подготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здравоохранение» на циклах профессиональной переподготовки (ПП) и повышения квалификации (ПК).

В исследовании приняли участие 206 курсантов, проходивших обучение по этим специальностям. Методы исследования: опросы в форме анкет и интервью во время и после циклов, наблюдение за деятельностью во время обучения, отношением и поведением участников программы во время активных форм занятий. Психологические тесты и т.д. были обработаны и проанализированы.

Теоретико-методологической основой исследования послужил компетентностный подход, который на сегодняшний день является одним из самых современных и востребованных как в теории, так и в практике управления и профессиональной подготовки. Основными категориями этого подхода являются компетенции.

Результаты и обсуждение. Проведенное нами исследование позволило оценить эффективность этих форм повышения квалификации и профессиональной переподготовки, а также обосновать влияние обучения на формирование управленческих компетенций руководителей медицинских учреждений. Во многих научных публикациях (Кудрявцева Е. И., Безродная Г. В., Зимняя И. А., Хуторской А. В., Шадриков В. Д., Кибанов А. Я. и др.) управленческие компетенции и компетентность в целом объясняются по-разному: владение специалистом набором знаний, навыков и умений, необходимых для работы, соответствия требованиям должности или общей способности эффективно функционировать в профессиональной сфере; владение соответствующей компетенцией, включая индивидуальный подход к предмету деятельности; определенная сфера; совокупность личностных качеств (ценностно-смысловая ориентация, знания, навыки, умения), обусловленных опытом деятельности в социально и личностно значимой сфере и т. д. [3].

Мы рассматриваем такую разновидность компетенций, как управленческие компетенции. Практические менеджеры здравоохранения, занимающиеся управленческой деятельностью, требуют особых компетенций для успешного достижения своих целей. Как отмечается

в многочисленных исследованиях, управленческие компетенции универсальны для специалистов из разных отраслей: умение пробуждать инициативу в сотрудниках, стремление к успеху, умение привлекать и удерживать профессионалов в организации, умение работать на уровне высоких стандартов, являются важными составляющими эффективного менеджмента, которые являются в то же время основными компетенциями управленческого персонала.

Выводы. Исходя из вышесказанного, можно с полной уверенностью утверждать, что совместное применение стандартных и инновационных подходов и методов обучения способно в полной мере сформировать необходимые компетенции.

Мы считаем, что внедрение компетентностного подхода на этих этапах высшего профессионального образования приводит к качественному изменению уровня подготовки специалистов, поскольку результаты оцениваются не только по уровню полученных знаний, но и по результатам их успешного применения на практике.

Мы утверждаем, что в процессе реализации компетентностного подхода формируется не только система знаний, навыков и умений курсанта, но и решаются задачи обеспечения общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, соответствующих государственным стандартам, с учетом специфики данной специальности и направления подготовки. Это позволяет нам уделять особое внимание практической направленности образовательного процесса. Кроме того, с приобретением соответствующих компетенций, организатор здравоохранения получает возможность формировать свою индивидуальную деятельность адекватно требованиям времени.

Подводя итоги, мы приходим к выводу, что готовность специалиста к профессиональной деятельности предполагает формирование целого набора специализированных знаний, профессионально значимых личностных качеств, навыков и умений, что в первую очередь связано с наличием ключевых компетенций.

Список литературы

1. Казначеева С. Н., Репина Р. В. Проблемы адаптации персонала в кадровом менеджменте // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ» Том 7, № 5 (2015).
2. Богдан Н. Н., Гончарова Н. В. Влияние обучения на формирование управленческих компетенций руководителей медицинских организаций // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2015. – Vol.5:1.
3. Митрофанова Е. А. Управление персоналом: теория и практика. Компетентностный подход в управлении персоналом: учебно-методическое пособие / Е. А. Митрофанова, В. Г. Конова-лова, О. Л. Белова; под ред. А. Я. Кибанова. – М.: «Проспект», 2012. – 72 с.

УДК 502.3:613.15:614

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОГО БАССЕЙНА И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА

Грищенко Сергей Владимирович, Грищенко Инна Ивановна, Басенко Игорь Николаевич, Костенко Владимир Сергеевич, Миненко Елена Федоровна, Шевченко Владимир Сергеевич, Праводелов Сергей Сергеевич, Федосеева Ирина Сергеевна, Зорькина Александра Васильевна, Зяблицев Евгений Дмитриевич

Россия, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. В настоящий период особенно актуальными являются исследования, направленные на изучение состояния воздушного бассейна и его влияния на здоровье населения. Очень важным представляется определение перечня наиболее информативных, современных, высокоточных и, в то же время, относительно недорогих, экономичных и доступных методов этих исследований [1–7].

В связи с этим, целью данной работы было выявление оптимальных методик изучения состояния атмосферного воздуха и его влияния на здоровье населения техногенного региона.

Материалы и методы. Для достижения цели были использованы гигиенические и медико-статистические методы.

Изучение состояния атмосферного воздуха и заболеваемости населения проводилось в границах территории, подконтрольной Донецкой Народной Республике (ДНР) по состоянию на 01.01.2020 г.: в 13 городах (Донецк, Макеевка, Горловка, Енакиево, Ясиноватая, Торез, Снежное, Шахтёрск, Дебальцево, Докучаевск, Кировское, Ждановка и Харцызск) и 5 сельских районах (Новоазовский, Тельмановский, Старобешевский, Амвросиевский и Шахтёрский). Экспериментальный популяционный массив составил более 2 млн 300 тыс жителей. Временной отрезок, за который осуществлялась оценка заболеваемости населения, составил 20 лет (1998–2017 годы). Период наблюдения за состоянием воздушного бассейна составил 30 лет (1985–2014 гг.).

Результаты и обсуждение. Характер и уровень антропогенного загрязнения воздушного бассейна населенных мест ДНР изучен по отчётным данным Донецкой областной санитарно-эпидемиологической станции МЗ Украины, Госкомстата Украины, Госкомгидромета Украины, а также стационарных постов промышленных предприятий. В атмосферном воздухе определялись среднесуточные и на их основе рассчитывались среднегодовые концентрации следующих двадцати двух аэрополлютантов: взвешенных веществ (химически активной многокомпонентной пыли), диоксида и монооксида азота, аммиака, фенола, диоксида серы, формальдегида, фтористого водорода, сероуглерода, сероводорода, серной и соляной кислот, ртути, свинца, пиридина, цианистого водорода, сажи, бензола, 3,4 бензпирена, хлора, хлористого водорода и оксида углерода.

Анализ фактического антропогенного загрязнения воздушного бассейна проводился путём сравнения среднесуточных и рассчитанных на их основе среднегодовых и среднемноголетних, максимально разовых суммарных ($K_{\text{сум}}$) концентраций аэрополлютантов (по К. А. Буштуевой), комплексных показателей загрязнения (P) – по Пинигину, а также комплексных индексов загрязнения атмосферы (КИЗА) 7-ю наиболее распространёнными ксенобиотиками: взвешенными веществами (химически активной многокомпонентной пылью), оксидом углерода, диоксидами серы и азота, фенолом, сероводородом и 3,4 бензпиреном; суммарных показателей загрязнения (СПЗ) смесью веществ (в условных единицах – усл. ед.); уровней техногенного загрязнения воздушного бассейна и степеней его опасности для здоровья человека.

Степень опасности атмосферного воздуха для здоровья населения интегрально оценивалась по кратности превышения суммарным показателем загрязнения (СПЗ) уровня предельно допустимого загрязнения воздушного бассейна (ПДЗ), который равнялся 280,0 условным единицам при одновременном присутствии в атмосфере восьми исследуемых ксенобиотиков. Безопасным считался уровень антропогенного загрязнения воздуха, если СПЗ не превышал ПДЗ, а среднегодовая концентрация ни одного из аэрополлютантов не превышала соответствующей среднесуточной ПДК; слабо опасным – при кратности превышения СПЗ от 1 до 2; умеренно опасным – в случае превышения СПЗ от 2 до 4,4 раз; опасным – при кратности данного превышения 4,5–8,0; очень опасным – если СПЗ был выше ПДЗ более, чем в 8,1 раза.

Изучение частоты возникновения и распространённости болезней среди жителей 13 городов и 5 сельских районов ДНР осуществлялось в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ) X-го пересмотра (ВОЗ, г. Женева, 1998 г.) по 28 классам и нозологическим формам заболеваний, суммарно охватывающим более 78 % всей патологии населения.

В качестве источников информации использовались ежегодные сборники «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских учреждений Донецкой области (ДНР) за 1998–2020 годы, подготовленные Информационно-аналитическим центром медицинской статистики Главного управления здравоохранения Донецкой областной госадминистрации (Министерства здравоохранения ДНР), всего было проанализировано более 500 тысяч первичных медицинских документов, 50 отчётов.

Медико-статистический анализ результатов изучения заболеваемости жителей Донбасса, а также состояния воздушного бассейна его населённых мест проводился с использованием лицензионного статистического пакета «MedStat» (Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г., 2004). Рассчитывались относительные (Р) и средние (М) величины, их ошибки, а также критерий достоверности Стьюдента (t) по общепринятым методикам.

С целью установления силы и направления связи между аэрогенными ксенобиотическими факторами и показателями заболеваемости населения различными видами патологии использовался ранговый корреляционный анализ.

Выводы. Анализируя все вышеизложенное, необходимо констатировать, что перечисленные методы исследования являются оптимальными: надёжными, экономичными, однако, вместе с тем, современными, информативными и достаточно точными для решения подобного рода задач.

Список литературы

1. Благодарева, М. С. Сравнение методических подходов к оценке риска смертности населения от загрязнения воздуха на примере Кировградского городского округа [Текст] / М. С. Благодарева, А. С. Корнилков // *Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения: материалы всероссийской научно-практической интернет-конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора с международным участием* / под редакцией А. Ю. Поповой, Н. В. Зайцевой. – Пермь, 2018. – С. 308–313.
2. Бударина, О. В. Анализ международного опыта изучения влияния загрязнения атмосферного воздуха запахом на здоровье населения [Текст] / О. В. Бударина, З. Ф. Сабирова, З. В. Шипулина // *International Journal of applied and fundamental research*. – 2019. – № 5. – С. 88–92.
3. Елфимова, Т. А. Использование трехмерного анализа при изучении зависимости потерь здоровья от острого загрязнения атмосферного воздуха [Текст] / Т. А. Елфимова, Т. С. Зароднюк // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. – 2010. – № 4 (74). – С. 164–168.
4. Карелин, А. О. Современные проблемы оценки риска здоровью населения от загрязнения атмосферного воздуха [Текст] / А. О. Карелин // *Реформы здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития* / под. ред. И. М. Акулина, О. В. Мироненко: сборник материалов конференции. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 56.
5. Методические вопросы изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения [Текст] / З. Ф. Сабирова [и др.] // *Гигиена и санитария*. – 2017. – Т. 96, № 10. – С. 987–989.
6. Сучков, В. В. Взаимосвязь величин предельно допустимых концентраций и уровня риска здоровью для аэрополлютантов [Текст] / В. В. Сучков, Е. А. Семаева // *Гигиена и санитария*. – 2017. – № 96 (5). – С. 442–446.
7. A Multi-Pollutant Air Quality Health Index (AQHI) Based on Short-Term Respiratory Effects in Stockholm, Sweden [Text] / H. Olstrup [et al.] // *Int. J. Environ. Res Public Health*. – 2019. – Vol. 16, № 1. – pii: E105.

УДК 616.155.194.8-07+618.2-06

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ДИАГНОСТИКА, СВЯЗЬ С АКУШЕРСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Лунёва Нина Николаевна, Петров Александр Геннадиевич

ДНР, Донецк, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Анемия во время беременности является глобальной проблемой здравоохранения во многих странах. Анемия может привести к выкидышу, внутриутробной гибели плода, гипоксии плода и преждевременным родам [1, 2]. Такие осложнения могут привести к заболеваемости и смертности как матери, так и плода. Четырьмя наиболее распространенными причинами

анемии во время беременности являются дефицит железа, острая кровопотеря, инфекция и талассемия [3]. В Донецкой Народной Республике основной причиной анемии во время беременности является железодефицитная анемия.

Железодефицитная анемия является серьезной проблемой питания во многих частях мира. Наибольшему риску подвержены младенцы, дети дошкольного возраста и беременные женщины [4, 5].

Цель и задачи. Обследование беременных женщин с анемией разной степени. Определить частоту, клинику, диагностику и возможные осложнения. Эти данные могут быть полезны для разработки стратегий по улучшению дородового ухода за беременными в данном регионе.

Материалы и методы. Нами проведено проспективное исследование беременных на базе Донецкого центра охраны материнства и детства в период с марта 2020 г. по сентябрь 2022 г. Были обследованы 280 женщин, из них: 200 беременных с железодефицитной анемией (основная группа), 80 – с физиологическим течением беременности. На основании критерия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) степень тяжести анемии во время беременности определялась по уровню гемоглобина (Hb) и количеству эритроцитов (табл. 1).

Таблица 1

Степень выраженности железодефицитной анемии

Степень тяжести анемии	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, $10 \cdot 12 \text{ л}$
I (легкая)	110–90	3,6–3,2
II (средняя)	89–70	3,2–2,6
III (тяжелая)	70 и ниже	2,6 и ниже

Распределение по степени тяжести анемии было следующим: у 120 женщин (60 %) была анемия легкой степени, у 56 (28 %) – анемия средней степени, 24 пациентки (12 %) страдали анемией тяжелой степени. Для оценки результатов феррокинетических показателей сравнивались две группы: 80 беременных с ЖДА и 80 беременных с физиологическим течением беременности. В группе с ЖДА 52 женщины имели легкую степень анемии, 22 – среднюю степень анемии, и, соответственно, тяжелую степень анемии – 6 (табл. 2).

Таблица 2

Результаты феррокинетических показателей

Показатель	Беременные с анемией, n=80 (p<0,001)	Физиологическое течение беременности, n=80 (p<0,001)	Степень тяжести анемии		
			I n=52	II n=22	III n=6
Сывороточное железо, мкмоль/л	11,7±0,8	27,8±0,6	12,8±0,3	11,6±1,2	9,1±1,1
Ферритин, нг/мл	10,42±0,6	24,9±0,08	13,2±1,0	11,2±0,3	6,9±0,8

Примечание: для показателя сывороточного железа – P I–II>0,05, P I–III<0,05; для показателя ферритина – P I–II>0,05, P I–III<0,01.

Результаты и обсуждение. Оценка результатов исследования феррокинетических показателей показала, что концентрация в крови сывороточного железа и ферритина у беременных без учета степени тяжести анемии в 2,37 раза меньше, чем при физиологическом течении беременности.

С учетом степени тяжести концентрация сывороточного железа у беременных с ЖДА при средней тяжести падает на 10 %, на 28,9 % – при тяжелой форме, т. е. снижается на одну треть по сравнению с легкой степенью (p>0,05). Похожая тенденция наблюдалась и в показателях концентрации ферритина: на 15,2 % и 52,3 % при средней и тяжелых формах анемии беременных, соответственно, по отношению к легкой степени. Полученные результаты свидетельствуют об увеличении дефицита железа в зависимости от тяжести анемии беременных.

Общепринятый факт, что анемия напрямую связана с разнообразными акушерскими и перинатальными осложнениями. Исследование 200 женщин, находящихся на лечении в Донецком

центре охраны материнства и детства, еще раз позволило в этом удостовериться: у 15 % беременных наблюдались поздние гестозы; преэклампсия различной степени тяжести развивалась у 14 %, ранние токсикозы – у 12 % беременных с ЖДА. Угроза прерывания беременности была зафиксирована у 48 обследованных, причем в 14 случаях беременность закончилась преждевременными родами. Преждевременная отслойка плаценты произошла в 6 случаях. У 4 пациенток произошла антенатальная гибель плода. Во второй группе с физиологическим течением беременности подобные осложнения отмечены не были.

Также были отмечены случаи перинатальной патологии в группе пациенток с ЖДА. У 8 женщин беременность сопровождалась внутриутробной гипотрофией плода, из 6 беременных имели тяжелую форму анемии. Показатель мертворождаемости составил 2,0 %. В 95 % случаев роды произошли естественным путем, в то время как у 5 % – путем операции кесарево сечение.

В послеродовом периоде были отмечены случаи гнойно-септических осложнений: эндометрит – у 6 пациенток, мастит – у 3, и тромбофлебит нижних конечностей – у 1 пациентки.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования показывают высокий риск неблагоприятных исходов для плода и новорожденного у женщин с железодефицитной анемией. Несомненно, в приоритете остаются превентивные меры, направленные на профилактику развития анемий у беременных женщин.

Список литературы

1. Радзинский В. Е., Оразмурадов А. А. Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации. 3-е изд., испр. и доп. // М.: StatusPraesens – 2018. 800 с.
2. Короткова Н. А., Прилепская В. Н. Анемия беременных. Принципы современной терапии // Медицинский совет. – 2015. – № 20. – С. 58–63.
3. Achebe M. M., Gafter-Gvili A. How I treat anemia in pregnancy: iron, cobalamin and folate // Blood. – 2017. № 129. – С. 940–949.
4. Доброхотова Ю. Э., Бахарева И. В. Железодефицитная анемия беременных: профилактика и лечение // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. – 2018. – № 2 (1). – С. 59–64.
5. Otto J. M., Plumb J. O. M., Clissold E., Kumar S. B., Wakeham D. J., Schmidt W. et al. Hemoglobin concentration, total hemoglobin mass and plasma volume in patients: implications for anemia // Haematologica. – 2017. – № 102. – С. 1477–1485.

УДК 159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Медникова Екатерина Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. пс. н., доцент Болучевская Валентина Викторовна

Введение. Профессиональная деятельность медицинских работников осуществляется в таких условиях, где на специалистов оказывает воздействие целый комплекс разных неблагоприятных факторов и возлагается высокая ответственность. Профессиональная деятельность медицинских работников является эмоционально насыщенной и имеет много факторов, провоцирующих возникновение профессионального стресса, который, в свою очередь, увеличивает риски развития эмоционального выгорания. Также негативными последствиями «хронических стрессов нервной системы» является закрепление различных форм отрицательных стрессовых состояний в виде стабильных и продолжительных нарушений психического здоровья человека: разнообразные формы дезорганизации или деградации группового и индивидуального поведения, различные профессионально-личностные деформации и психосоматические нарушения.

Следовательно, необходимо уделить должное внимание проблеме профессионального стресса среди работников системы здравоохранения с психологической точки зрения.

В условиях пандемии происходит существенное ухудшение психического здоровья населения, в наибольшей мере у тех, кто непосредственно столкнулся с коронавирусом. При этом, вирус способен оказывать непосредственное влияние на деятельность центральной нервной системы и вызывать соматогенные и органические расстройства эмоций, а сама пандемия создает риск распространения нозогенных расстройств, являющихся следствием невозможности личности эффективно справиться со стрессом [1, 2, 3].

Цель и задачи. Выявление уровня стресса у медицинских работников, выполняющих свою работу в период пандемии COVID-19.

В соответствии с целью были выдвинуты следующие задачи исследования:

1. Выявить уровень стресса у медицинского персонала.
2. Сравнить уровень стресса медицинского и немедицинского персонала.

Материалы и методы. В качестве основных методов исследования использованы теоретико-методологические методы (сравнение, анализ и синтез) и эмпирические методы исследования (беседа, наблюдение и тестирование). Для измерения уровня стресса у медицинских и немедицинских работников была использована методика «Шкала психологического стресса PSM-25» R. Tessier, L. Lemyre, L. Fillion, адаптированная Н.Е. Водопьяновой.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие 61 человек. Обследуемые были разделены на две группы «медицинский персонал» (МП) и «немедицинский персонал» (НП), где в первую группу вошло 30 человек, являющиеся медицинскими работниками, а во вторую группу – 31 человек, являющиеся работниками сферы обслуживания.

Результаты опросника «Шкала психологического стресса PSM-25» продемонстрированы в таблице 1 и на рисунке 1, где видно, что у большинства медицинского персонала преобладает средний и высокий уровень стресса: они больше обычного жалуются на беспричинные и частые приступы раздражительности, недовольство окружающими людьми, обстановку; вялость, слабость, пассивное отношение и нежелание общаться с людьми, быструю утомляемость, нежелание что-либо делать; невозможность расслабиться, постоянное нервное и физическое напряжение; нарушения сна; плохую концентрацию внимания, заторможенность, проблемы с памятью; а также повышенную потливость, расстройства пищеварительной системы, головную боль, головокружения, учащенное сердцебиение, проблемы с дыханием, резкое повышение температуры тела, озноб, онемение или покалывание в конечностях. Перечисленные жалобы являются симптомами стресса.

Таблица 1

Результаты «Шкалы психологического стресса PSM-25»

Уровень стресса	МП (N=30)		НМ (N=31)	
	абс	%	абс	%
Низкий	10	33,33	17	54,84
Средний	12	40,00	11	35,48
Высокий	8	26,67	3	9,67

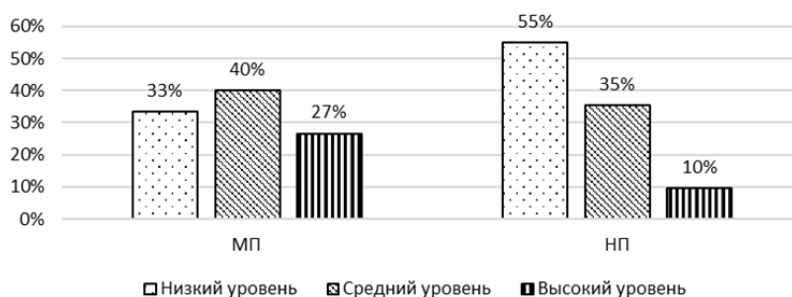


Рис. 1. Уровень стресса медицинского и немедицинского персонала

При сравнении средних значений стресса у медицинского персонала и немедицинского персонала (табл. 2) было обнаружено, что уровень стресса у медицинских работников в среднем выше, чем у немедицинского персонала ($p < 0,05$). Это обусловлено более тяжелой и в какой-то мере экстремальной обстановкой на рабочем месте у медицинского персонала, а также увеличением работы и нагрузки.

Таблица 2

Сравнение средних значений стресса у МП и НП

Шкалы	t-критерий равенства средних		
	t	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних
Стресс	2,180	0,038	16,333

Выводы. В результате статистической обработки полученных данных по шкале психологического стресса было обнаружено статистически значимое различие в выраженности стресса между медицинскими работниками и работниками других сфер человеческой деятельности. При этом, данное различие заключается в более высоком уровне стресса среди медицинских работников.

Итоги исследования уровня стресса у медицинского персонала в период пандемии новой коронавирусной инфекции приводят к пониманию того, что важно уделять внимание восстановлению эмоционального состояния путем повышения стрессоустойчивости и обучения навыкам эмоциональной саморегуляции, что уже может выступать в качестве меры профилактики профессионального стресса и возможного дальнейшего развития эмоционального выгорания у медицинских работников.

Список литературы

1. Алехин А. Н., Дубинина Е. А. Пандемия: клинико-психологический аспект // АГ. – 2020. – № 3.
2. Маслова Т. М., Покацкая А. В. Тревожность личности как фактор развития стрессоустойчивости // АНИ: педагогика и психология. – 2019. – № 2 (27).
3. Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением Covid-19: данные онлайн-опроса // Вестник РГМУ. – 2020. – № 3.

УДК 614.21:378.048.2

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ В ПРОГРАММЕ ОРДИНАТОРОВ ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Подольяка Валентина Леонидовна, Зяблицев Дмитрий Владимирович,
Бублик Яна Владимировна

Россия, Донецкая Народная Республика, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО)

Введение. Общественное здоровье и здравоохранение как самостоятельная медицинская наука изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по оздоровлению его и совершенствованию медицинского обслуживания. Общественное здоровье занимается изучением широкого круга различных медицинских аспектов, социологических, экономических, управленческих, философских проблем в охране здоровья населения в конкретной исторической обстановке.

Цели и задачи. Изучить и проанализировать значение предмета общественное здоровье и здравоохранение для повышения уровня подготовки ординаторов всех специальностей в дальнейшей их практической деятельности в системе здравоохранения.

Материалы и методы. Использовались методы анкетирования, собеседования, тестирования знаний ординаторов всех специальностей по роли предмета общественное здоровье и здравоохранение в практической работе врача.

Результаты и обсуждение. Изучая тему общественного здоровья и здравоохранения с ординаторами всех специальностей на кафедре организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО отмечено недостаточное понимание важности общественного здоровья и его влияние на основные показатели качества жизни в обществе. Часто возникает обобщение показателя заболеваемости, смертности, средней продолжительности жизни у населения, как недостаточный уровень в организации системы здравоохранения, без учета социологических, экономических, управленческих проблем в конкретной исторической обстановке.

Термин «общественное здоровье и здравоохранение» в разные периоды имело название: социальная гигиена и организация здоровья, социальная медицина.

В процессе занятий с ординаторами важно обозначить отличие от клинических дисциплин предмета общественного здоровья, который изучает состояние здоровья населения и общества в целом. Уровень жизни, экономическое состояние государства, производственные отношения, являются определяющими для состояния здоровья людей. Научно-технический прогресс приносит обществу блага, но может оказать негативное воздействие на состояние здоровья человеческих коллективов. Особенно важно оценить состояние общественного здоровья в нашем регионе с учетом военных действий.

При проведении занятий с ординаторами по теме общественное здоровье и здравоохранение использовалось начальное тестирование для определения понимания этого предмета в практической работе врача. Затем в ходе обсуждения были включены вопросы состояния общественного здоровья в нашем регионе и влияние экономического, социального, политического организационного уровня на демографические показатели. Анкетирование в конце цикла убедительно показало интерес и хорошие знания для успешной деятельности в любой специальности практического врача.

Изучение общественного здоровья и здравоохранения обобщает данные о состоянии здоровья и воспроизводстве населения с учетом обуславливающих факторов. Эта наука обосновывает комплексы мероприятий по охране здоровья, объединяет общественные науки и медицинские достижения [1].

Общественное здоровье выявляет закономерности развития народонаселения, исследует демографические процессы, прогнозирует перспективу, разрабатывает рекомендации по государственному регулированию численности населения [2]. Общественное здоровье и здравоохранение, как предмет преподавания в медицинском вузе, занимает ведущее место в системе здравоохранения и в подготовке будущего врача. Основное назначение общественного здоровья и здравоохранения, как науки и учебной дисциплины – оценка критериев общественного здоровья и качества медицинской помощи, их оптимизация.

Общественное здоровье и здравоохранение определяют научную стратегию системы здравоохранения. С помощью этой науки разрабатываются предложения организационного, медико-социального характера, обеспечивающие подъем уровня общественного здоровья и повышение качества медицинской помощи. Предмет исследования не ограничивается одной дисциплиной, а распространяется на все здравоохранение. Основная цель преподавания предмета общественное здоровье и здравоохранение – подготовка высококвалифицированных специалистов, глубоко знающих вопросы организации медицинской помощи, планирования, экономики и прогнозирования развития системы здравоохранения.

Выводы. Таким образом, ведущее значение в науке имеет вопрос об изучении эффективности влияния на здоровье населения всех мероприятий, которые проводит государство и роли в этом здравоохранения и отдельных медицинских учреждений, т.е. общественное здоровье и здравоохранение раскрывает значение всей общественно-экономической жизни страны и определяет пути существования медицинского обслуживания населения.

Список литературы

1. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. Справочный документ. Европейская министерская

конференция ВОЗ по системам здравоохранения «СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ЗДОРОВЬЕ-БЛАГОСОСТОЯНИЕ». Таллин, Эстония, 25–27 июня 2008 г. – 91 с.

2. Гапоненко Ю. В., Зудина Е. В., Кайль Я. Я. Проектная деятельность магистрантов как методический прием в процессе обучения // Глобальный научный потенциал. – 2018. – № 12 (93). – С. 17–20.

3. Шаршакова Т. М. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению Часть 1. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. 1 часть. Для студентов 4–5 курсов, клинических ординаторов, врачей-стажеров. / Шаршакова Т. М. – Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет». 2004. – 155 с.

УДК 658.511

АНАЛИЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТЕРЬ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Москвичева Ксения Валерьевна

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

Введение. Качество оказываемых медицинских услуг и эффективность клинической деятельности всегда находятся на первом плане. Управление качеством – это непрерывный процесс целенаправленного воздействия на объекты управления в области качества, осуществляемый на всех этапах и стадиях жизненного цикла продукции (услуги), имеющий целью формирование, обеспечение и поддержание заданного (требуемого) уровня качества, удовлетворяющего требованиям потребителей и общества в целом. В любой организации может быть один или несколько видов потерь из-за которых будет снижаться эффективность ее работы. Эти потери тратят ресурсы организации, но не добавляют ценности для конечного потребителя продукции или услуг.

Цели и задачи. Цель – анализ и выявление потерь в управлении качеством в медицинской организации.

Задачи:

1. Изучение основных видов потерь в управлении качеством
2. Мероприятия по устранению выявленных потерь в медицинской организации

Материалы и методы. В работе выявлены основные виды потерь по модели TIM WOOD на основе методов наблюдения и анализа. Материалами исследования послужили данные, полученные в медицинской клинике «Медси».

Результаты и обсуждение. Задачей бережливого производства является устранение 7 видов потерь и, если в промышленных процессах такая потеря как перепроизводство очевидна, то, как это будет выглядеть в медицине, где поток потребителей – это пациенты?

Акроним семи видов потерь – TIM WOOD.

T – Transportation – транспортировка-потери от транспортировки возникают, когда персонал, оборудование, медикаменты перемещаются с места на место, либо на большие расстояния (лишние перемещения пациента по кабинетам или отделениям ЛПУ; медикаменты/инструменты перемещаются со склада туда, где они не понадобятся в ближайшее время).

I – Inventory – ненужные запасы – данный вид потерь заключается в приобретении и хранении ненужных материалов, оборудования и т. д. (медикаменты, срок годности которых истекает; большое количество ненужной техники; изготовление лишних копий документов).

M – Movement – лишние перемещения – потери, возникающие в результате нерациональной организации кабинетов или рабочих мест (расположение кабинетов не в соответствии с потоком уровней обследования (в разных частях клиники); поиск необходимых инструментов не в зоне доступа медицинского работника).

W – Waiting – ожидание – данный вид потерь связан с ожиданием персонала, ресурсов, документации (пациенты, ожидающие очередь в регистратуру; пациенты, ожидающие приёма врача; ожидание результатов обследований или анализов).

O – Over-processing – лишняя обработка – эти потери возникают в результате выполнения большего количества действий, чем это необходимо (заполнение или копирование большого количества документов; встречи с пациентами, которые не оказывают существенного влияния на ход лечения).

O – Overproduction – перепроизводство – данный вид потерь является наиболее распространенным, это производство продукции или услуг в большем объеме, чем это нужно потребителю (назначение лишних анализов; питание, в котором нет необходимости пациентам стационаров).

D – Defects – дефекты – этот вид потерь возникает при выпуске продукции или предоставлении услуги, которая не соответствует установленным требованиям, что влечет за собой использование дополнительного количества ресурсов (повторное назначение анализов при неправильной подготовке к их сдаче пациентом; неверно поставленный диагноз.) [4].

Для борьбы с выявленными потерями медицинские организации активно внедряют бережливое производство [1]. Компонентами такого алгоритма могут стать:

1) стандартизация с учетом особенностей поликлиник в региональном аспекте, в зависимости от уровня оснащения аппаратурой и применяемых технологий и профессионализма медицинских работников;

2) расширение спектра использования телемедицинских технологий; переход на электронный документооборот и электронную подпись;

3) формирования баз данных по различным проблемным областям (например, база данных выписанных рецептов);

4) внедрение в систему профессиональной подготовки медицинского работника образовательных модулей, направленных на формирование компетенций по аналитической работе, применению инструментов бережливого производства [2]. Планируется, что к 2023 году основные принципы такого производства будут внедрены во все поликлиники и другие амбулаторные медучреждения всей страны [3].

Выводы. Выявление и устранение приведенных выше потерь позволяет улучшить эффективность работы организации, значительно высвобождая имеющиеся у нее ресурсы. Бережливое производство позволяет увеличить пропускную способность учреждений здравоохранения, сократить время ожидания пациентами МП, увеличить производительность персонала и, как следствие, повысить удовлетворенность пациентов.

Список литературы

1. Вумек, Джеймс П. Бережливое производство. Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании / Джеймс П. Вумек. – М.: Альпина Паблишер, 2017. – 156 с.
2. Бережливый менеджмент в здравоохранении // URL: <https://lean-kaizen.ru/article/medicine/berezhlivyj-menedzhment-v-zdravookhraneni.html> (дата обращения: 11.10.2022).
3. Бережливая поликлиника // URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293658908-berezhlivaya-poliklinika-rekomendacii-minzdrava-2022-m03-25> (дата обращения: 11.10.2022).
4. Вейдер, М. Инструменты бережливого производства II. Карманное руководство по практике применения Lean / Майкл Вейдер. – М.: Альпина Паблишер, 2017. – 689 с.

УДК 159.9.07

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Пантюхин Дмитрий Витальевич

Россия, Орловский государственный университет им. И. С. Тургенева

Научный руководитель: к. э. н., доцент Фирсова Олеся Артуровна

Введение. Медицина является одной из самых древнейших наук и профессиональных отраслей. С античных времен она только развивается и совершенствуется. На каждом историческом этапе появлялись все новые и новые знания об анатомии, физиологии человека, совершенствуются методы клинической и лабораторной диагностики, идет актуализация методов лечения пациентов. В медицинской сфере очень важны накопленные опыт и знания, передаваемые из поколения в поколение. Большая часть социальной сферы, уровня жизни и благополучия человека во многом зависит от его здоровья и сохранения функции работоспособности, а охраной здоровья индивида, в свою очередь, занимается врач. В наш век высоких технологий и открытий, с появлением множества различных специальностей, профессия врача была и остается актуальной. Однако, с течением времени количественный и качественный состав объема медицинской помощи и обязанностей специалистов динамично изменяются, таким же образом меняется и мотивация работников.

Можно рассмотреть проблему низкой мотивации специалистов медицины более подробно. Профессиональные обязанности медиков направлены на предупреждение и лечение заболеваний, а также на формирование коллективного иммунитета и укрепление общественного здоровья. Ввиду естественного выраженного дефицита кадров по регионам России качество оказания различных видов медицинской помощи значительно снижается.

Выпускники медицинских высших учебных заведений равнодушны к вакантным местам в первичном звене здравоохранения (детские и взрослые районные поликлиники) по нескольким причинам, среди основных можно выделить следующие: низкая заработная плата, жилищный вопрос, перегруженность участков. Еще одна ключевая проблема системы здравоохранения – это отсутствие разделения труда и обязанностей между различными категориями медицинских работников.

Такой набор проблем присутствует почти в каждом регионе России, Орловская область с областным центром город Орел не стала исключением. Реформы системы здравоохранения, которые проводятся в настоящее время с целью модернизации и оптимизации медицинской сферы не гарантируют трудовой мотивации медицинских работников всех категорий, в том числе и врачей.

Цель. Целью нашей работы является выявление и оценка факторов мотивации в профессии врача, в частности оценка их влияния на деятельность врачей в Орловской области.

Материалы и методы. Для определения влияния мотивационных факторов на деятельность врачей в Орле было проведено очное-заочное анкетирование специалистов. Исследование проходило непосредственно и в дистанционном режиме с помощью формы интернет-опроса. Всего анкет заполнило 42 человека, это врачи с различным опытом, стажем и местом работы. На вопросы анкеты ответили специалисты из четырех поликлиник (БУЗ ОО «Детская поликлиника № 1, БУЗ ОО «Детская поликлиника № 2», БУЗ ОО «Поликлиника № 3, БУЗ ОО «Городская больница им. С. П. Боткина (поликлиника)») и трех больниц города (БУЗ ОО «НКМЦ им. З. И. Круглой», БУЗ ОО «ООКБ», БУЗ ОО «ГБ им. С. П. Боткина»). На основе исследования выявлены основные проблемы трудовой мотивации (по мнению медиков), структура мотивации молодых специалистов, обозначены возможные пути решения проблем.

Результаты и обсуждение. По данным анкет, можно сделать вывод, что работники орловских поликлиник и больниц не удовлетворены размером своей заработной платы и сопоставлением ее с объемом своих обязанностей (79 % специалистов поликлиники, 61 % стационара).

Как специалиста, безусловно, врача будут интересовать мотивирующие факторы его работы, заработная плата является самой ключевой из них. Согласно данным постановления Правительства Орловской области от 01.07.2022 № 372 врачам 1-го (врач-стажер) и 2-го (врач-специалист) квалификационного уровней установлены следующие оклады: 15 500 рублей и 17 000 рублей соответственно. Учитывая объем выполняемых работ и сложность медицинской деятельности, часто распределение обязанностей и сложность работы не соответствует размеру оклада конкретного специалиста.

Заработная плата специалиста складывается не только из оклада, но и из выплат стимулирующего и компенсационного характера. Опрошенные специалисты оценивают данную надбавку к заработной плате (74 % – врачи поликлиник, 70 % – врачи стационара), как весомую.

В стационаре и в поликлиниках молодыми врачами отмечается чрезмерный объем работы с медицинской документацией и медицинской работы (75 %). С течением времени, с приобретением ими опыта и соответствующей квалификации часто добавляются исполнять обязанности недостающих или отсутствующих сотрудников, занятия наставничеством и преподавательской деятельностью во время прохождения практики студентами-медиками.

Большой объем выполняемой работы требует постоянной сосредоточенности и ответственности, что часто приводит к состоянию хронической усталости и снижению мотивации выполнять свои обязанности качественно, что недопустимо в практической деятельности врача. На качественное выполнение работы также влияют такие факторы, как обеспеченность учреждения современным медицинским оборудованием, препаратами и материалами. Различный дискомфорт в условиях труда также снижает мотивацию работать.

Выводы. Успешно выстроенная структура мотивации в организации способствует решению сразу нескольких задач: повышение уровня профессиональных компетенций работников, снижение показателей трудовой миграции, привлечение новых квалифицированных сотрудников и достижение высоких показателей производительности труда. В медицинских учреждениях необходимо периодически корректировать мотивационные схемы для сотрудников с учетом социально-демографической специфики коллектива, структурных подразделений, объема работы и должностных обязанностей.

Трудовая мотивация является краеугольным камнем в результативности трудового потенциала специалиста. Это важно во многих отраслях, в том числе и в медицине, ведь результативность труда в этой сфере – здоровье и благополучие человека и всей нации. Медики выполняют трудовые обязанности в условиях повышенных психоэмоционального, умственного и физического уровней нагрузки, поэтому грамотно выстроенная и успешно реализуемая мотивационная схема важна для качественного выполнения их обязанностей.

Список литературы

1. Гапеева В. О., Слепцова Е. В. «Современные проблемы кадровой политики в сфере здравоохранения» / Журнал «Экономика и бизнес», раздел: науки о здоровье. С. 64–67.
2. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы – СПб.: Питер, 2011. – 512 с.
3. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
4. Постановление Правительства РФ от 22 апреля 2022 г. №739 «О внесении изменений в приложение № 5 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (земский доктор).

УДК 378.147–302.5

АНАЛИЗ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ДОННМУ В ВОЮЮЩЕМ ДОНБАССЕ

Рымарь Яна Игоревна, Бугашев Константин Сергеевич

Россия, ДНР, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Научные руководители: к. м. н., доцент Коктышев Игорь Витальевич,

ассистент Бугашева Наталья Викторовна

Введение. Современное обучение требует оптимальной психофизиологической зрелости человека, а также достаточного для успешного освоения наук генотипического уровня высших психических функций, прежде всего таких, как память, внимание, мышление. Именно эти качества учащегося определяют успешность обучения вообще и тем более на высоком уровне, а отражающие их показатели характеризуют качественный состав определенной когорты учащихся, позволяющий прогнозировать качественную структуру показателей обучения на различных его этапах и профессионального состава работников в различных видах производственной деятельности. С позиций успешности обучения в вузе очень важным является вопрос о стартовых возможностях абитуриентов, отражающихся в уровнях индивидуального развития личностных качеств, обеспечивающих познавательную деятельность.

Цель и задачи. Целью данной работы было исследование уровня развития основных психофизиологических функций (памяти, внимания, мышления) у студентов двух гуманитарных вузов – медицинского университета и института социального образования.

Материалы и методы. Исследованием было охвачено 706 студентов, обучающиеся на разных курсах медицинского университета (456 человек) и института социального образования (250 человек). Оценивалась производительность функции внимания, скорость и точность переработки информации, объем кратковременной памяти, коэффициент интеллектуальности, уровень интеллекта и интеллектуальных наклонностей (тест Айзенка).

Обработка материала проводилась расчетом относительных величин и определения степени их достоверности.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что студенты института социального образования обладают достоверно более низкими (1 балл) по сравнению с обучающимися в медицинском университете (6 баллов) показателями по всему спектру исследуемых функций: в среднем низким уровнем производительности внимания и соответственно умственной работоспособности, существенно худшими средними показателями устойчивости и концентрации внимания. Причем по личностным характеристикам функции внимания в исследуемой когорте студентов института социального образования отмечается неблагоприятная в прогностическом плане особенность: отсутствуют студенты с очень высокими и высокими показателями продуктивности внимания и достаточно большой удельный вес (12,9 %) составляют обучающиеся с низким уровнем данного психофизиологического показателя. Студенты института социального образования в среднем обладают меньшим объемом кратковременной памяти за счет большого удельного веса (около 40 %) лиц, у которых регистрируется величина данного показателя на уровне ниже среднего ($54,9 \pm 5,0$ ($t=4,8$)). И лишь по величине объема ассоциативной памяти не выявлено существенных различий у студентов разных вузов. По интеллектуальному уровню студенты института социального образования также существенно отличаются, имея более низкий средний коэффициент интеллекта за счет того, что подавляющее большинство респондентов (53,5 %) обладает коэффициентом интеллектуальности ниже среднего ($98,9 \pm 1,9$ ($t=3,2$)) и только 3,2 % студентов имеют показатель интеллекта выше средних величин ($109,7 \pm 2,8$).

Следует отметить, что студенты, обучающиеся в разных вузах, отличаются по своим интеллектуальным наклонностям. Если студенты медицинского университета показывают в среднем

лучший результат при мыслительных операциях со зрительными образами ($79,5 \pm 5,9$), то более половины студентов института социального образования демонстрируют склонности к интеллектуальной деятельности с буквенными символами ($50,0 \pm 5,0$), что является более предпочтительным с позиций гуманитарной специфики обучения.

Выводы. Таким образом, имеются существенные различия в уровнях развития психофизиологических функций, обеспечивающих процесс обучения, у студентов разных гуманитарных вузов, что свидетельствует о неоднородности набора студентов, связанной с отсутствием диагностики уровня личностного развития данных функций на этапе зачисления в вуз. Отсутствие диагностики уровня личностного развития психофизиологических функций на этапе зачисления в вуз выдвигает требование введения психофизиологического тестирования абитуриентов с целью оптимизации успешности их обучения в вузе и прогнозирования профессионального состава работников в различных видах производственной деятельности.

Список литературы

1. Агарков В. И., Швыдкий О. В. Закономерности умственной работоспособности студентов в процессе обучения в средних медицинских учебных заведениях. // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2001. – Т. 5, № 2. – С. 212–215.
2. Спицын А. П. Особенности адаптации студентов младших курсов медицинского вуза к учебной деятельности. // Гигиена и санитария. – 2002. – № 1. – С. 47–49.
3. Гребняк Н. П. Физиолого-дидактические детерминанты деятельности студентов: монография / Н. П. Гребняк, В. И. Агарков, В. В. Николаенко. – Донецк, 2012. – 112 с.
4. Синайко В. Н. Особенности оценки умственной работоспособности студентов. // Журн. психиатр. и мед. психологии. – 2001. – № 1. – С. 52–55.

УДК 616-056.52

ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Сахно Маргарита Александровна, Жукова Екатерина Владимовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преподаватель Теличко Ю. В.

Введение. Лишний вес и ожирение являются одной из наиболее важных проблем современного мира. С этим сталкиваются абсолютно все возрастные группы населения и учащаяся молодежь – не исключение.

В современном мире идет активная разработка и внедрение инновационных технологий, которые существенно изменяют образ жизни людей. Происходит снижение активности образа жизни человека за счет использования в повседневной жизни различных технических и технологических средств, которые упрощают многие виды деятельности. Большинство учащейся молодежи не соблюдают режим питания, потребляют пищу, которая не обеспечивает организм достаточным количеством энергии и является высококалорийной. Дальнейшее снижение уровня здоровья и физической активности может привести к проблеме избыточного веса и ожирения.

Цели и задачи: провести анализ распространенности избыточного веса и ожирения среди учащейся молодежи, выявить тенденцию этой проблемы. Также, оценить эффективность методов профилактики и путей решения данного вопроса.

Материалы и методы: дидактический, методический, аналитический. В статье представлен результат анализа данных о молодежи, обучающейся в учебных заведениях, которая страдает проблемой избыточного веса и ожирения, а также степени эффективности различных методов профилактики.

Результаты и обсуждение. Современная учащаяся молодежь является специфической группой населения, которая имеет определенный образ жизни, взгляды на общество, ценности

и эталоны поведения. Статистика показывает, что среди этой части населения выявляют отклонения показателей массы тела, в частности проблемы с лишним весом, ожирением [1]. Во время обучения требуется соответствующее функционирование систем организма, при возникновении данной проблемы происходят трудности в усвоении материала [2]. В этот период у молодежи происходит окончательное биологическое формирование организма. Поэтому нарушения, связанные с увеличением массы тела, являются актуальными.

Существует несколько факторов риска, которые приводят к ожирению. Одним из самых главных является неправильное и нерациональное питание, переизбыток, употребление высококалорийной пищи, содержащей большое количество жиров [1]. Большая часть юношей и девушек используют в своем рационе мало овощей и фруктов, часто питаются вне дома, злоупотребляя вредной пищей, что влечет за собой избыточное потребление калорий, жиров, сахара, соли. Досуг молодежи сопровождается большим количеством пищи и напитков, которые относят к категории «фаст-фуд». Потребление такой пищи не только не обеспечивает организм необходимым количеством эссенциальных нутриентов, но и является очень калорийной. Происходит бесконтрольное потребление, например, за просмотром сериала или беседой с друзьями, что также сопровождается гиподинамией [2].

Еще одним фактором риска является низкая физическая активность. На основе данных статистики было выявлено, что молодежь пренебрегает физической нагрузкой, мало двигается в течение дня. Современный мир не стоит на месте, прогресс позволил людям снизить повседневную активность. Недостаток движения приводит к возникновению серьезных заболеваний, в частности к ожирению, неэффективному функционированию многих органов и систем организма человека [3]. Также, проблема заключается в недостаточной мотивации молодого населения к выполнению физической нагрузки. Компьютерные технологии крадут время, которое можно было потратить на прогулку с друзьями. С их помощью можно исправить все несовершенства тела, что также позволяет молодежи не заниматься спортом [3]. Последние 3 года кардинально изменили образ жизни всех людей, обучение и работа перешли в дистанционный режим, что полностью исключило какую-либо активность. Долгое пребывание в сидячем положении перед компьютером стало частой причиной гиподинамии.

Недостаточные знания о способах профилактики ожирения также можно отнести к факторам риска. Важно сформировать у каждого человека представление о негативном влиянии избыточного веса на здоровье и важности профилактики данной проблемы.

Основной целью является изменение привычки в еде, а не достижение быстрой потери веса путем низкокалорийной диеты. Рекомендуется длительное, постепенное изменение пищевого поведения, а не временное ограничение потребления каких-либо групп продуктов. Также, большое внимание следует уделять распределению количества калорий в течение дня – основной объем пищи в первой половине дня. Для избавления от лишнего веса необходимо запустить липолиз – это происходит на низких нагрузках, например, быстрая ходьба. В результате, лишний вес будет уходить. Наиболее динамичные нагрузки, такие как бег, плавание, танцы, езда на велосипеде, занятия аэробикой работают через гликолиз и воздействуют именно на мышцы. Если человек будет соблюдать правильное соотношение БЖУ, начнет заниматься низкой физической активностью и добавит силовые нагрузки, то произойдет изменение в композиционном составе тела: увеличение мышечной и снижение жировой массы. Тело станет более подтянутым и рельефным [4].

Современный мир – это мир технологий и даже среди них есть средства влияния на конституцию человека. Например, использование активных видеоигр, которые помогают в борьбе с гиподинамией. Они не являются заменой активных физических нагрузок, но могут способствовать увеличению энергетического расхода. Занятия в спортивном зале помогают с помощью тренажеров воздействовать на различные группы мышц и, таким образом, уменьшать жировую массу. Но все способы профилактики ожирения будут работать только в том случае, если человек изменил свое пищевое поведение и сбалансированно питается [4].

Выводы. Проблема ожирения и лишнего веса возникает при нарушении баланса между потребляемой и затрачиваемой энергией. Необходимо учитывать индивидуальные особенности и образ жизни человека при соблюдении правильного питания и занятии спортом. Контроль массы тела может быть достигнут только при многокомпонентном вмешательстве. Актуальной проблемой здравоохранения является профилактика лишнего веса и ожирения уже с детского возраста.

Список литературы

1. Пешков М. В., Шарайкина Е. П. Показатели массы тела студенческой молодежи: современное состояние проблемы // Сибирское медицинское образование. 2014. № 4. С. 49–56.
2. Чебакова В. К. Профилактика избыточного веса у студентов с помощью физической нагрузки // Научный альманах. 2015. № 11–4. С. 168–171.
3. Анищенко А. П., Архангельская А. Н., Гуревич К. Г., Дмитриева Е. А., Игнатов Н. Г., Осадченко И. В., Рогозная Е. В. Медицинские аспекты совершенствования преподавания физической культуры студентам // Спортивная медицина: наука и практика. 2016. Т. 6. № 2. С. 73–81.
4. Ахмедов В. А., Исаева А. С. Современные технологии медицинской реабилитации при ожирении, применяемые с детского возраста // Лечащий врач. 2019. № 3. С. 24.

УДК 614.2

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Сергеева Евгения Александровна, Аванян Анна Тофик кызы

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации,
357532, Россия, г. Пятигорск, пр-т Калинина, д. 11

Введение. В настоящее время приоритетными задачами развития Российского здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской и фармацевтической помощи населению. Одним из важнейших направлений поставленных задач требующих решения можно выделить обеспечение достаточного количества медицинского персонала с высоким уровнем квалификации.

Результаты и обсуждение. Для устранения кадрового дефицита отечественного здравоохранения разработан Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», который является частью национального проекта «Здравоохранения» [1].

Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» национального проекта «Здравоохранение», цель 7 «Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» направлен на устранения кадрового дефицита, который сложился в поликлинических медицинских учреждениях Российской Федерации. Комплекс мероприятий разработанный Министерством здравоохранения РФ предусматривает укомплектованность кадрами в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2), (в %) и до 2024 года должна достигнуть 95 % [2].

Мероприятия Федерального проекта предусматривают другие качественные меры, направленные на ликвидацию кадрового дефицита отрасли.

Ключевые мероприятия Федерального проекта предусматривают организацию непрерывного повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников в рамках системы НМО. Процесс непрерывного медицинского и фармацевтического образования реализуется по средствам не только через формальное (освоение дополнительных образовательных программ)

и неформальное образование (участие в образовательной деятельности, при использовании электронного обучения и другие мероприятия направленные на повышение профессионального уровня работников), но и посредством самообразования [3].



Рис. 1. План мероприятий. Ключевые мероприятия Федерального проекта

С 2016 года инструментом управления образовательной активностью и учета её результатов является Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России edu.rosminzdrav.ru, который содержит образовательные элементы, соответствующие всем компонентам непрерывного образования.

Непрерывное совершенствование знаний и навыков медицинских и фармацевтических работников обусловлено допуском специалиста к профессиональной деятельности.

Для реализации мероприятий по развитию инфраструктуры для организации и проведения процедуры оценки квалификации, полученной медицинскими работниками и принятии решения о возможности их допуска к профессиональной деятельности – аккредитации специалиста поэтапно осуществляется внесение изменений в законодательство Российской Федерации.

Наиболее остро вопрос дефицита медицинских кадров стоит в сельской местности и удаленных районах. Для устранения проблемы предусмотрено мероприятие 7.2.5 Реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» Государственной программы. Мероприятие нацелено на привлечение и поддержку медицинских работников в сельской местности и предусматривает материальное стимулирование работников.

Финансирование программы осуществляется из государственного бюджета и субсидий из региональных бюджетов. Для получения выплат медицинским работникам по программе

«Земский доктор» необходимо выполнять профессиональные обязанности в сельских больницах, но при этом может состоять в штате городского учреждения.

Реализация программы была начата в 2012 году «Земский доктор», а в 2015 году была разработана региональная программа «Земский фельдшер».

При том, что программа реализуется уже 10 лет, дефицит медицинских кадров в сельской местности составляет по прежнему почти половину от необходимых, а это практически 30 тысяч человек [4].

Программа «Земский фельдшер» разработана федеральным Правительством, однако статус программы – региональный, то есть осуществляется на территории регионов в которых действительно существует острая нехватка медицинских кадров со средним образованием. При этом отмечается, что региональные власти так же готовы к финансированию данной программы, перечисление средств осуществляет Министерство здравоохранения субъекта РФ, 60 % выплачиваются из средств фонда ОМС, остальные 40% из средств регионального бюджета.

Выводы. Таким образом, разработанные и реализуемые национальные проекты Российской федерации направленные на ликвидацию кадрового дефицита в медицинских учреждениях, позволяют расширить охват населения медицинскими организациями. Программы по подготовке медицинских кадров, их непрерывного обучения, привлечению на проживание и работу в сельской и удаленной местности направлены на обеспечение медицинских учреждений квалифицированным высокомотивированным на работу персоналом.

Список литературы

1. Сергеева Е. А., Погорельская Т. А. Диагностика и совершенствование кадровой политики медицинской организации // Научное обозрение: теория и практика. – 2020. – Т 10, № 10, С. 2480–2490.
2. Котовская О. В. Проблемы внедрения непрерывного профессионального развития медицинских работников в условиях медицинской организации // Ценности, институты и процессы в эпоху глобализации: материалы международной научно-практической конференции (17 марта 2021 г.) АНО «Белгородский университет кооперации, экономики и права». – Белгород: Издательство БУКЭП, С. 2021. – 288 с.
3. Шкуратова М. В. Российские научно-образовательные консорциумы: реальность и глобальные перспективы // Глобальная экономика в XXI веке: роль биотехнологий и цифровых технологий сборник научных статей по итогам работы шестого круглого стола с международным участием. – Москва: Издательство ООО Конверт, 2020. С. 102–105.
4. Статистическая информация Минздрава России [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskaya-informatsiya-minzdrava-rossii>.

УДК 614.2:614.88:159.9

СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ ОСТРОВА САРПИНСКИЙ: РЕШЁННЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ

Смирнов Вадим Максимович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Болучевская Валентина Викторовна

Введение. Остров Сарпинский, прилегающий территориально к Кировскому району города Волгограда, – одна из крупнейших островных зон во всей Европе, и в России в частности. На сегодняшний день на Сарпинском проживают более 700 местных жителей. Общая численность населения в сезонный период посещения дачников, туристов и местных хуторян, начинает достигать до 900 жителей на охват территории в 55–60 гектар [1].

Погодные условия, характерные для данной местности, в виде 30–40 градусной жары, трудности с логистическим соединением острова и чертой города, развёртывание пунктов приёма граждан для оказания медицинских и психологических услуг – всё это показатели, которые требуют пристального внимания со стороны организации здравоохранения [2, 3]. Ведь большая часть населения острова – пожилые и дети. Нередко именно родственникам пожилых и детей требуется экстренная психологическая помощь, чтобы оставаться в ресурсном состоянии и помочь своим близким при неотложных состояниях [4].

Детальный анализ условий обеспечения медико-психологическими услугами населения острова Сарпинский поможет выявить наиболее важные проблемы, препятствующие процессу улучшения организации и доступности оказываемой экстренной помощи.

Цели и задачи. Цель настоящего исследования – выявление возможных путей организации и затруднений по оказанию экстренной медицинской и психологической помощи населению на территории острова Сарпинский. В связи с этим обозначены следующие задачи: 1) на основе анализа нормативно-правовых документов рассмотреть используемые меры по организации видов экстренной медико-психологической помощи населению острова Сарпинский; 2) изучить организационные проблемы при оказании экстренной медико-психологической помощи по результатам обращения заявителей с территории острова Сарпинский в службу экстренных вызовов «112» города Волгоград.

Материалы и методы. Проведён теоретико-методологический анализ нормативно-правовых документов, обеспечивающих алгоритмизацию работы с населением в условиях экстренного оперативного обращения, а также обобщён и проанализирован практический опыт работы с 23 заявителями и потребителями медико-психологических услуг, обращающихся в службу экстренных вызовов «112» Волгоградской области в период с 2021 по 2022 год с территориальной зоны острова Сарпинский.

Результаты и обсуждение. Обеспечение силами и средствами для оказания экстренной медицинской и психологической помощи в Волгограде и области осуществляется согласно двум основным документам: 1) Постановление Правительства РФ от 21 ноября 2011 г. № 958 «О системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112»; 2) Приложение № 15 к приказу ГКУ ВО ЦУ и С от 28 декабря 2020 № 156 «Алгоритм приёма и обработки вызовов, поступающих по номеру «112» с территории острова Сарпинский» [6].

В будние дни с 8:00 до 20:00 обслуживание вызовов на экстренную медицинскую помощь осуществляет фельдшерский пункт, находящийся на острове Сарпинский. Однако на население от 700 до 900 человек помощь оказывается всего лишь одним фельдшером на все виды медицинских процедур. В праздничные дни и в будние с 20:00 до 8:00 вызов оформляется на скорую подстанцию Кировского района. Риском для жизни в данном случае представляется то, что жителям необходимо своими силами и средствами достигнуть ближайшей пристани, которая может находиться на достаточно большом расстоянии от места жительства. Не у всех жителей имеется транспортное средство. А регламентом службы спасения не предусматривается выезд на непосредственную территорию острова – только для транспортировки в город на ближайшую пристань.

Оказание контактной психологической помощи в данном случае не предусматривается. Имеется возможность соединения с горячими линиями и штатными сотрудниками подведомственных учреждений экстренных служб в удалённом формате. Тем не менее, покрытие мобильной связи до сих пор недостаточно на всей островной части: имеются зоны, в которых связь отсутствует полностью.

Обратимся к накопленному практическому опыту по работе с жителями Сарпинский при неотложных и экстренных ситуациях. В течение 2 последних лет зафиксировано 23 случая, поступивших в службу экстренных оперативных вызовов «112» Центра управления и связи города Волгограда, которые сопровождались осложняющими факторами при оказании медицинской и экстренной психологической помощи. Основные проблемы, выделенные при анализе всех

случаев от заявителей: 1) невозможность собственной транспортировки до пристани; 2) недоступность скорой помощи на самом острове в вечернее и ночное время; 3) отсутствие мобильной связи в некоторых хуторах; 4) отсутствие развёрнутого мобильного здравпункта; 5) недостаток или отсутствие персонала медицинского и психологического профиля на островной зоне.

Выводы. Организация экстренной медико-психологической помощи для жителей территории острова Сарпинский имеет ряд недостатков. С одной стороны, предоставление сил и средств подведомственными учреждениями комитета по обеспечению безопасности жизнедеятельности населения Волгоградской области и подстанциями скорой медицинской помощи Кировского района покрывает основные запросы населения при неотложных состояниях на островной части, в том числе удалённо. С другой стороны, до сих пор открыт вопрос о том, каким же образом, нуждающимся в срочной медицинской помощи и психологических интервенциях, своевременно получать таковые услуги, когда логистические и временные рамки рабочего распорядка сотрудников не предполагают оказание помощи только силами и средствами скорой медицинской помощи и службы спасения по существующим приказам и алгоритмам? Данные выводы демонстрируют острую необходимость в улучшении организации и повышения доступности медико-психологической помощи населению острова Сарпинский при непосредственном участии областной системы здравоохранения.

Список литературы

1. Колышев, Ю. Б. Проблема развития территории Волго-Ахтубинской поймы / Ю. Б. Колышев, И. И. Соколов, С. Н. Алаева, И. Н. Бакулина // Новые идеи нового века: Материалы Международной научной конференции ФАД ТОГУ. – 2017. – Т. 2. – С. 138–141.
2. Китанина, К. Ю. Бережливый менеджмент в здравоохранении / К. Ю. Китанина, А. Г. Ластовецкий // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – № 2. Публикация 2–4. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-2/2-4.pdf> (дата обращения: 17.10.2022).
3. Филиппова, Н. А. Методология создания транспортно-логистических центров управления северным завозом на базе цифровой инфраструктуры мультимодальных транспортных систем / Н.А. Филиппова, В.М. Власов // Арктика: настоящее и будущее: Сборник докладов IX Международного форума. – Санкт-Петербург: Изд-во Санкт-Петербургский государственный университет, 2019. – С. 196–201.
4. Шкарин, В. В. Оказание экстренной психологической помощи на территории Волгоградской области / В. В. Шкарин, А. А. Раевский, М. Е. Волчанский, В. В. Деларю, В. В. Болучевская // Вестник ВолГМУ. – 2020. – 2 (74). – С. 45–47.
5. Приложение № 15 к приказу ГКУ ВО ЦУ и С от 28 декабря 2020 №156 «Алгоритм приёма и обработки вызовов, поступающих по номеру «112» с территории острова Сарпинский».

УДК 614.2

ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Бугашева Наталья Викторовна, Смутьская Надежда Геннадиевна, Рымарь Яна Игоревна
Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького

Введение. Здоровье – это состояние полного душевного, физического и социального благополучия. Различают индивидуальное, групповое и общественное здоровье. Индивидуальное это здоровье отдельного человека, если речь идет об отдельных группах населения – это групповое здоровье (общественное). Общественное здоровье отражает здоровье общества в условиях всего комплекса общественных проявлений [1]. Здоровье человека является наиболее актуальной проблемой на сегодняшний день. Естественно, это повысило интерес населения, современного

общества к факторам его формирования. Из группы важнейших факторов риска удельный вес занимает образ жизни (ЗОЖ – 50 %), к которым относится курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стресс, низкая физическая активность, вредные условия труда. Чаще неправильный образ жизни приводит к развитию таких заболеваний как ИБС, сосудистые поражения мозга, цирроз печени, а также к транспортным травмам и несчастным случаям. Внешняя среда занимает 20–25 % это загрязнение воздуха, воды, почвы что может привести к развитию пневмоний, бронхиальной астмы, эмфиземе лёгких. На третьем месте генетические факторы (20 %) предрасположенность к наследственным заболеваниям таким как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания [2]. Одним из важных факторов риска формирующих общественное здоровье является качественное оказание медицинской помощи и рациональная организация здравоохранения: эффективность профилактических мероприятий, своевременность оказания медицинской помощи. За основу работы мы взяли здоровый образ жизни, включающий в себя много параметров, среди определенной группы населения – юношеского и молодого возрастов (17–22 лет).

Цель и задачи. Дать характеристику и оценить здоровье лиц 17–22 лет со сторон именно «здорового образа жизни», как из самого основного фактора в формировании здоровья этой возрастной группы [3].

Методы и материалы. С помощью метода «копи-пара», сформировали две группы «наблюдения» путем уравнивания этих совокупностей по образованию одних и тех же возрастных периодов, а также полноты семей детьми которых они являлись. Отличия этих групп только в отношении к ЗОЖ, и конечно, по разному его осуществляющим. Предварительно по разработанной программе произведен сбор материала через онлайн-анкеты.

Материалы и методы. Материал взят из амбулаторных карт (Ф-025). Объектом исследования были наши студенты медицинского университета ДНР юношеского и молодого возраста 1–3 курс всех факультетов (2017–2022 гг.). Исследовали такой фактор как «курение», как самый популярный во всех «молодежных» группах. Исследуемая группа состояла из 200 студентов.

Результаты и обсуждения. Согласно данным первая сигарета была выкурена с 12 лет (65 %). Курение, как составляющая «поведения», в исследуемых нами студенческих группах выглядит так: 1-я группа – курили все и до 9–13 сигарет в день; 2-я – курили все, но иногда. В двух группах также курящие родители. Но в первой группе – оба родителя курили, во второй только отец. При этом к 18 годам, большое количество студентов хотели бросить курить (78 %). Но при этом никто этого не сделал. В возрасте с 18 и до 22 бросить курить желали через 5 лет – 35 %. Это свидетельствует о том, что самый уязвимый возраст – подростковый. И именно в этот период нужно приложить усилие подростков, чтобы они бросили эту опасную «поведенческую болезнь».

Здоровье исследуемых мы оценили по их «индексу здоровья», т. е. удельному весу лиц ни разу не болевших в данном периоде времени.

Таблица 1

«Индекса здоровья» у студентов медицинского университета

Возраст (лет)	I группа	II группа
17	3,8 ± 0,1	5,8 ± 0,3
18	3,9 ± 0,1	6,0 ± 0,2
19	5,2 ± 0,2	8,5 ± 2,5
20	6,4 ± 1,3	9,2 ± 2,1
21	7,8 ± 2,2	9,6 ± 2,5
22	8,0 ± 2,2	9,1 ± 2,1

Индекс здоровья не высок в обеих группах; также видно и небольшое увеличение «ни разу не болевших» с возрастанием их возраста. Во 2 группе с меньшим числом курящих и количеством выкуриваемых сигарет, более высокий «индекс здоровья». Это не может не быть «не доказательным» о влиянии курения на здоровье коллектива в целом.

Выводы.

1. Ведущая «группа риска» – подростковый возраст, это подтверждается «индексом здоровья» в двух исследуемых группах.

2. Влияющим фактором на «злоупотребление курением» является и обстановка в семье: большой удельный вес курящих детей (1 группа) из семей где курят оба родителя.

Список литературы

1. Агарков В. И., Костенко В. С., Бугашева Н. В.: Общественное здоровье и концептуальные направления развития здоровья ДНР. – 2017, 122 с.

2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

3. Актуальные вопросы теории и практики формирования здорового образа жизни. Часть первая. Этапы формирования здорового образа жизни: хронология, обзор, анализ // Рифат Грачев, Владимир Удодов. Украина. Здоровье и общество. Проблемы и решения. – Донецк, 2007. – С. 115–123.

УДК 614.253

ВЛИЯНИЕ КОНФЛИКТА «ПАЦИЕНТ–ВРАЧ» НА КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ

Талалин Дмитрий Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Кудряшова Инна Владимировна

Введение. Одним из наиболее важных аспектов качественного оказания медицинских услуг является установление доверительных и бесконфликтных отношений врача и пациента, создающих фундамент дальнейшего взаимодействия, т. е. процесса лечения.

Цель. Рассмотреть специфику взаимодействия медперсонала и пациента в условиях конфликтной ситуации и сравнить её с оказанием помощи в отсутствие конфликта.

Материалы. Для получения информации о влиянии конфликтов на качество полученной помощи был проведен опрос среди пациентов в поликлинике.

Результаты и обсуждения. В опросе приняло участие 50 человек разных возрастных групп. Анкета включала ряд вопросов, связанных с личным мнением о предоставлении медицинских услуг и поведении медперсонала.

Качественная медицинская услуга – это услуга, которая оказана в полной мере, приведшая к положительному результату. В процессе оказания произошло улучшение физического и морального состояния пациента, удовлетворены его потребности в медицинской помощи, результатами которой пациент остался доволен.

Медицина, как область, затрагивающая важнейшие интересы каждого человека – жизнь и здоровье – не может существовать без конфликтов. В защите этих интересов даже от воображаемой угрозы человек легко может перейти разумные границы.

Пациент, как участник конфликта

1. Не доверяет врачу (недостаток знаний о болезни, неудовлетворенность действиями, манерами, поведением врача).

2. Испытывает физический дискомфорт.

3. Испытывает душевный дискомфорт (тревога, страх. Всё это, так или иначе, искажает восприятие ситуации, ухудшает процессы торможения, повышает беспокойство и агрессивность.

4. Находится под влиянием эндогенных (внутренних) факторов. Из-за плохого самочувствия пациент может отреагировать на слова или действия врача неадекватно.

Врач, как участник конфликта:

1. Провоцирует пациента «мелочами» (резкое приглашение в кабинет даёт возможность больному высказать недовольство)

2. Недостаточно общается с пациентом.

3. Затягивает очередь или уделяет мало времени.

4. Назначает неудобные обследования или непростое лечение.

5. Эмоциональные перегрузки могут вызвать негативную реакцию, что приводит к конфликту.

В результате возникновения конфликтных ситуаций происходит смещение акцентов во время приема пациента с первоначального качественного обслуживания, на желание скорее закончить процесс.

Со стороны пациента в данной ситуации происходят замалчивания, утайки, сокрытие каких-либо факторов о своем самочувствии и течении болезни. Это может привести к несвоевременному обнаружению осложнений, либо адекватно оценить эффективность проводимого лечения.

Более половины опрошенных признавались, что по тем или иным причинам умалчивали подробности (либо от раздражения и нежелания говорить, либо же от растерянности в ситуации дискомфорта).

Со стороны врача тоже появляется замкнутость, закрытость. Врач не желает подробно объяснять и «разжевывать» пациенту каждое свое назначение. А на вопросы отвечает сухо, в пределах необходимого объема информации, без дополнительных пояснений.

В результате такого приема у пациента возникают сомнения в правильности и необходимости назначенного лечения, что приводит к нестрогому соблюдению предписаний.

Откладывание или отказ от посещения врача, вызвавшего неприятный психологический опыт, может привести к запуску болезни на самотек, что в дальнейшем может привести к необратимым последствиям. И это при условии того, что врач со своей стороны сделал все необходимое.

Около четверти опрошенных подтвердили, что намеренно не шли на повторный прием, что приводило к ухудшению состояния.

Одним из шагов на пути снижения конфликтности в учреждениях может являться грамотное обустройство помещения, то есть создание условий, которые пассивно влияют на настроение человека. К таким факторам относятся приятные цвета стен, снижающие агрессию, внешний вид сотрудников (одинаковая чистая и опрятная форма), комфортные условия для ожидания (достаточное количество удобных сидений), возможность попить или перекусить, открытый и доступный туалет.

Принимая во внимание невозможность лично повлиять на каждого пациента, нужно создать такую обстановку, которая максимально исключит переживания и раздражения пациента. Пациент должен чувствовать заботу и доверять тому месту, где намечается вмешательство в его здоровье.

Выводы. По результатам проведенного опроса можно сделать вывод, что большая часть респондентов считает важным отсутствие конфликтных ситуаций в процессе оказания медицинских услуг, а также отмечает важность бесконфликтного пути от входа в поликлинику до приема врача: сюда входит работа регистратуры, гардероба и прочих сопутствующих аспектов посещения поликлиники. Так, получив негатив или агрессию на этапе ожидания приема у многих складывается негативное отношение к посещению учреждения вообще и желание поскорее уйти, при этом повышается раздражительность и снижается желание делиться личными проблемами.

В целом, любая конфликтная ситуация в медицинском учреждении, начиная от дверей и заканчивая приемом врача, негативно влияет на процесс оказания медицинской помощи и снижает конечное качество предоставленной услуги. Принимая во внимание этот фактор, руководству учреждения нужно стараться снижать количество конфликтов любыми методами, в т. ч. и косвенными. Наиболее эффективно избежать конфликт изначально, нежели решить его потом (в том числе штрафными санкциями в сторону врача).

Список литературы

1. Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ zdrav.ru [Электронный ресурс] Режим доступа: URL.: <https://www.zdrav.ru/> (дата обращения: 17.10.22)
2. Полянцева О. И. Психология для средних медицинских учреждений. – Изд. 7-е, перераб. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – С. 6–9.
3. Гуров А. Н., Жукова М. И. Управление конфликтами в медицинской организации. – Москва, 2017. – 39 С.
4. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2007. – С. 201–214.
5. С. В. Дьяченко, В. Г. Дьяченко. Пациент, врач и рынок: монография. – Хабаровск: Изд-во Дальневосточ. гос. ун-та, 2018. – С. 363–370.

УДК 614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Шошинов Игорь Геннадьевич, Веденин Юрий Игоревич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ректор Волгоградского государственного медицинского университета,
доктор медицинских наук, доцент Шкарин Владимир Вячеславович

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) является второй по частоте причиной смертности населения. На инсульты приходится около 11 % от всех летальных исходов [1]. В возрастной группе до 50 лет в структуре смертности от ОНМК преобладают геморрагические инсульты (ГИ). При этом частота их встречаемости в 5 раз меньше, чем при ишемическом инсульте (ИИ). Около 60 % людей с внутричерепными кровоизлияниями погибают, в то время как аналогичный показатель при ишемическом нарушении мозгового кровообращения составляет около 20 %. При этом смертность среди мужского населения заметно выше. После 60 лет гендерные различия в структуре смертности снижаются, и на первое место в структуре летальных исходов выходит ишемический инсульт [2].

Таким образом, можно сказать, что геморрагический инсульт – это болезнь молодого, трудоспособного населения, преимущественно, мужчин, имеющая высокие показатели смертности и инвалидизации.

Ведущими этиопатогенетическими факторами нетравматических внутричерепных кровоизлияний являются гипертоническая болезнь (до 55 % случаев) и аномалии церебральных сосудов такие как артериальные аневризмы и артериовенозные мальформации (44 %) [3].

По данным ТФОМС Волгоградской области за период с 01.01.2022 по 31.08.2022 в стационарах региона было пролечено 4029 пациентов с ишемическим инсультом, 610 человек с геморрагическим. При этом умерло от ОНМК 1212 человек.

С 2008 г. на территории Российской Федерации осуществляется комплексный подход к лечению пациентов с ОНМК. В 2008 году стали открываться первые региональные сосудистые

центры (РСЦ) и первичные сосудистые отделения (ПСО). С 2009 г. впервые был утверждён Порядок оказания помощи и разработаны рекомендации по поэтапному лечению пациентов с инсультом. С 2012 г. медицинская помощь пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на территории РФ регламентируется Приказом МЗ РФ № 928н от 15.11.2012. [4].

Цель работы. Анализ системы организации нейрохирургической помощи в регионе пациентам с геморрагическим инсультом.

Материалы и методы. Изучена федеральная и региональная нормативная база, регламентирующая организацию оказания нейрохирургической помощи пациентам с ОНМК. Проанализированы данные годовых отчетов РСЦ и ПСО Волгоградской области. Проанализированы показатели хирургической активности в регионе при ОНМК. Проведен сравнительный анализ региональных показателей с рекомендуемыми Минздравом РФ параметрами минимальной хирургической активности при цереброваскулярных заболеваниях.

Результаты и обсуждение. «Инсультная сеть» региона включает в себя три РСЦ и семь ПСО. Нейрохирургические отделения, работающие в рамках «Инсультной сети Волгоградской области», оказывают помощь пациентам в трёх региональных сосудистых центрах и на базе ПСО «КБСМП № 15».

Хирургическая активность при ОНМК в регионе за 2021г. представлена в таблице.

Таблица 1

Хирургическая активность при ОНМК в регионе за 2021 г.

Нозология	Всего операций в регионе	Рекомендуемый МЗ РФ минимум на 100 000 населения	Необходимый минимум для ВО	Потенциал для региона (количество операций)
Внутричерепные кровоизлияния	103	3	75	-28
Артериальные аневризмы	84	5	125	41
Артериовенозные мальформации	9	11	25	16
Каверномы	3	10	25	22
Стеноз сонных артерий	342	69	1725	1383

Существует значительный потенциал в работе нейрохирургической службы по направлению ангионейрохирургия. Для оптимизации оказания нейрохирургической помощи пациентам с ОНМК в Волгоградской области на базе Регионального нейрохирургического центра ГБУЗ «ВОКБ № 1» 01.07.2022 г. было организовано Нейрохирургическое отделение № 2. Профиль деятельности отделения – оказание специализированной высокотехнологичной помощи пациентам с сосудистой патологией головного мозга.

Выводы. Цереброваскулярные заболевания до сих пор сохраняют свою актуальность. Особое место в структуре этой группы болезней занимает геморрагический инсульт. В некоторых ситуациях помочь пациенту с ОНМК может только нейрохирург. На территории региона ведется активная организационная работа по сокращению фатальных проявлений геморрагических инсультов. Важное значение имеет превентивная направленность нейрохирургического лечения. Для оптимизации нейрохирургической помощи данной категории граждан было организовано 2-е нейрохирургическое отделение на базе ГБУЗ «ВОКБ № 1». Для достижения поставленных задач по снижению смертности и инвалидизации жителей Волгоградской области от инсульта необходимо своевременное выявление цереброваскулярной патологии, слаженное взаимодействие всех служб региона на всех этапах оказания медицинской помощи и оказание превентивного нейрохирургического лечения до наступления сосудистой катастрофы.

Список литературы

1. Информационные бюллетени. 10 ведущих причин смерти в мире. WHO. 09.12.2020 г.
2. П. А. Мачинский, Н. А. Плотникова, В. Е. Ульянов, С. П. Кемайкин, А. Г. Рыбаков. Сравнительная характеристика показателей смертности и летальности от ишемического и геморрагического инсультов в России. Медицинские науки. Патологическая анатомия. № 3 (51), 2019.
3. Мустафин М. С., Новикова Л. Б., Акопян А. П., Шакиров Р. Р. Нейрохирургические аспекты геморрагического инсульта. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2018; 12(1): 19–23.
4. Скворцова В. И., Шетова И. М., Какорина Е.П., Камкин Е. Г., Бойко Е. Л., Дашьян В.Г., Крылов В. В. Организация помощи пациентам с инсультом в России. Итоги 10 лет реализации Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2018; 12(3): 5–12.

УДК 616.12

РОЛЬ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Кулакова Дарья Валерьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент, заведующая кафедрой экономики и менеджмента
Волгоградского государственного медицинского университета Соболева Светлана Юльевна

В статье рассмотрена проблема организации реабилитационной помощи больным с последствиями инсульта с позиции, организационная иерархия в учреждении оказания помощи, управление медицинским персоналом в рамках оказания реабилитационной помощи больным с последствиями инсульта.

Ключевые слова: управление, реабилитация, последствия инсульта, менеджмент.

Целью реабилитации больных, перенесших инсульт, является максимально возможное восстановление функций, утраченных в результате ОНМК. Для восстановления необходим комплексный системный подход с учетом клинико-функциональных и психосоциальных факторов.

Достижение соблюдения системного подхода с учетом клинико-функциональных и психосоциальных факторов может быть реализовано посредством продуктивного управления междисциплинарной бригадой специалистов в рамках отделения неврологического профиля.

Менеджмент в системе реабилитационной помощи больным с последствиями инсульта реализуется на трех уровнях:

1. Заведующими отделениями, участвующими в реабилитационной помощи больным с последствиями инсульта (организация деятельности отделения, организация оказания специализированной помощи, распределение обязанностей и т.д.);
2. Лечащими врачами и профильными специалистами (диагностика, лечение, сопровождение лечения и т.д.);
3. Средний медицинский персонал (сестринский уход, медицинские манипуляции и т. д.).

Руководство структурных подразделений ориентировано на стратегический менеджмент, долгосрочное планирование. Грамотное распределение обязанностей, введение в практику инновационных высокоэффективных технологий и методов, тайм-менеджмент.

Лечащие врачи и профильные специалисты ориентированы на индивидуальность и показатели эффективности реабилитационных мероприятий.

Средний медицинский персонал, осуществляющий сестринский уход, также должен использовать методы менеджмента (тайм-менеджмент, планирование).

Управление персоналом является практической деятельностью, направленной на обеспечение организации качественным квалифицированным выполнением трудовых задач посредством имеющихся ресурсов. Управление персоналом включает в себя непосредственно поиск персонала или подбор кадров, адаптацию новых сотрудников к специфике работы и коллективу, обучение и развитие персонала, организацию труда и мотивацию сотрудников, а также оценку деятельности.

Иерархическая структура в системе управления в рассматриваемой ситуации представлена:

1. управляющими высшего звена – главный врач и его заместители по различным категориям и сферам деятельности;
2. управляющими среднего звена – заведующие отделением неврологического профиля и других профильных отделений, участвующих в оказании мультидисциплинарной реабилитационной помощи;
3. управляющими низшего звена – старшие медицинские сестры и главные медицинские сестры.

Функциями управляющих среднего звена в системе оказания реабилитационной помощи больным с последствиями инсульта являются:

1. руководство деятельностью отделения (оказание специализированной стационарной медицинской помощи; взаимодействие с амбулаторно-поликлиническим звеном; освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения; консультативная помощь; решение вопросов целесообразности направления на медико-социальную экспертную комиссию);
2. совершенствование форм и методов работы;
3. планирование деятельности отделения;
4. расстановка кадров на рабочих местах в соответствии с их квалификацией;
5. формирование методической базы;
6. обеспечение взаимодействия с другими структурными подразделениями учреждения;
7. контроль за работой медицинского персонала;
8. соблюдение требований трудового законодательства и охраны труда работников неврологического отделения;
9. анализ и отчет о деятельности и результатах деятельности в различные временные промежутки.

Список литературы

1. Домашенко М. А., Ахмадуллина Д. Р. Вторичная профилактика инсульта и постинсультная реабилитация на амбулаторном этапе // Нервные болезни. 2020. № 1.
2. Лопатина Т. Н., Терентьева О. В. Реабилитация больных после ишемического инсульта // Медицинская сестра. 2018. № 5.
3. Трясунова М. А., Агафонов К. И., Кудрявцева А. В., Нехаева Г. В. Когнитивные расстройства у больных в остром периоде ишемического инсульта // Смоленский медицинский альманах. 2016. № 1.
4. Шамшурина Н. Г., Жилина Т. Н. К вопросу о совершенствовании качества организации и оказания медицинской помощи // Социология медицины. 2018. № 2.
5. Неврология : национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. (Серия «Национальные руководства»). – ISBN 978-5-9704-4143-5.

УДК 808

ПАТРИОТИЗМ КАК ЗАЛОГ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Фатеева Юлия Геннадиевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Развитие общества, его стабильность, физическое и душевное здоровье зависят от многих факторов: экономическая стратегия, социальные законы, политические настроения и т.д. Полагаем, что ключевой в проблеме самоидентификации человека, определении парадигмы отношений с представителями своей и/или иной культуры является идея патриотизма, вокруг которой необходимо выстраивать прочие ментальные процессы, опирающиеся на нравственные законы и преобразующие скопление людей в единомышленников. При этом духовное здоровье общества неизбежно ведет к здоровью физическому.

Цель исследования – определение связи идеи патриотизма с формированием положительного образа современного человечества и ее влияния на общественное здоровье.

Достижению поставленной цели способствует решение следующих задач:

1. проанализировать определение понятия «патриотизм»;
2. рассмотреть современные проблемы формирования патриотизма, связь его с общественным здоровьем;
3. определить пути повышения его уровня.

Результаты и обсуждение. Идея патриотизма существует, полагаем, столько же, сколько существует общество как таковое. Разные науки предлагают различные трактовки данного понятия. Так, классическое с точки зрения лингвистики определение патриотизма следующее: «патриотизм – любовь к родине, преданность своему отечеству, народу» [1]. Философия, в частности философская антропология, считает, что «патриотизм – социальное чувство, выражающее высшую, вплоть до готовности пожертвовать своими витальными и экзистенциальными потребностями, степень привязанности (любви) человека к родине» [2]. Считаем, что именно последнее определение дает исчерпывающую информацию о патриотизме, как фундаментальном духовном законе, определяющем отношения человека к родной стране, место и роль личности в этой стране и мире.

Отметим, что в последние годы в России идея патриотизма получила достаточно сильную поддержку со стороны государства: популярность данной идеи подтверждается многочисленными указами, программами и другими документами. Стремительное развитие патриотического движения внушает оптимистическое отношение к будущему. Однако, как показало проведенное исследование, идея патриотизма «приживается» в современном российском обществе медленно, порой принимая неожиданные формы. Например, достаточно часто происходит одностороннее восприятие понятия, зачастую даже подмена его в части содержания идеи.

Причин подобной ситуации может быть несколько. Первая причина, считаем, заключается в качестве пропагандистов. Так, история учит нас тому, что массовое увлечение не гарантирует действительно высокого результата: так, например, в финале воплощения более чем своевременной и полезной программы тотальной борьбы с безграмотностью (Ликбез) количество грамотных людей увеличилось, но при этом уровень этой грамотности был достаточно низким. Все это привело к тому, что малограмотные и непрофессиональные люди стали пользоваться авторитетом, поднялись до уровня лидеров мнений. Полагаем, что аналогичная ситуация сложилась во всем мире в последние годы: формированием общественного мнения, а значит и управлением общественными процессами, занимаются люди, духовное и нравственное «качество» которых не подтверждается ничем, кроме их собственных заверений. Бесспорно, завоевать доверие в мире, где «ценности сменяют друг друга с быстротой... клипов» [3], достаточно сложно, но очень просто оставаться на пике, глубину идей заменяя массовой риторикой. Потому, полагаем, проработанность идеи, в нашем случае, идеи патриотизма, продуманная стратегия ее пропаганды должны способствовать ее внедрению, а значит и духовному развитию общества.

Еще одной причиной относительно неудачной стратегии внедрения идеи патриотизма может стать классическое противостояние «отцов и детей». Известно, что «революции совершаются молодыми, как правило, против старых. Старые представляют консерватизм поведения, стремление удержать и передать культурные нормы» [3]. Естественность таких революций является общим местом многих научных знаний: подростковое бунтарство, критика старшего поколения, появление в большом количестве новых идеологических течений и т. д. описано как в учебниках, научных статьях, так и в художественной литературе. Достаточно вспомнить романы А. С. Пушкина, И. С. Тургенева, Ф. М. Достоевского, Д. Д. Сэлинджера и др. Сомнению и критике подвергается многое, в том числе и отношение к родной стране, идея патриотизма. Так, идея бескорыстного служения отечеству становится предметом торга, с опорой тоже на определение патриотизма, точнее его часть, вырванную из контекста: мнение о том, что «величие той или иной страны ... определяется уровнем человеческого достоинства ее граждан» [4], часто приводят в качестве аргумента критики, при этом «человеческое достоинство» как правило измеряется/определяется в денежных знаках. Примечательно, что при этом происходит намеренное умалчивание основной семантической характеристики: патриотизм – «любовь», связанная с «витальными и экзистенциальными потребностями», т. е. не может быть измерена физически, не определяется материальными критериями.

Выводы. Названные причины неудач реанимации идеи патриотизма в современном российском обществе, безусловно, не дают полного представления о состоянии дел. Однако проведенный анализ дает возможность сформулировать некоторые рекомендации: патриотическое воспитание молодежи необходимо начать с воспитания «лидеров мнений», небольшой группы избранных, к словам которых прислушается оставшееся большинство. Помочь в формировании «патриотической элиты» должно образование и просвещение, т.к. патриотизм станет истинным лишь в том случае, когда станет «культурным творчеством и национальным напряжением собственных сил человека» [5]. Общество же, состоящее из культурных, мыслящих и патриотичных людей способно к осознанной заботе о собственном здоровье и самоисцелению, физическом и духовном.

Список литературы

1. Словарь русского языка: В 4 т. / РАН, Ин-т лингвистических исследований. М.: Рус.яз., 1999. Т. 3. С 33.
2. Павлов А. Патриотизм. Очень краткая история идеи // Философская антропология. 2018. № 1. С. 175–191. С. 176.
3. Рождественский Ю. В. Принципы современной риторики. – М.: Флинта: Наука, 2003.
4. Агеев А. Размышления патриота // Знамя. 1991. № 8, с. 204.
5. Флоровский Г. О патриотизме праведном и греховном // На путях. Кн. 2. Геликон – Берлин, 1922., С. 250.

УДК 614.39

БЕРЕЖЛИВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Оздамирова Лилита Вахаевна, Арасова Алина Рамазановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преподаватель Теличко Юлия Владимировна

Введение. Болезни системы кровообращения являются наиболее распространенными как в России, так и в мире. По данным Минздрава России за 2021 год в структуре смертности взрослого населения 40 % составили болезни именно этой группы [1]. Расширение охвата диспансеризацией взрослого населения и повышение качества медицинских осмотров позволяет увеличить

продолжительность жизни и снизить смертность пациентов, в том числе с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) [2]. Для лучшего достижения этих целей необходимо внедрение в повседневную амбулаторную практику бережливых технологий.

Цель. Определить роль и значение бережливых технологий при улучшении диспансерного наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения.

Материалы и методы. Обзор и анализ литературных источников за последние 5 лет.

Результаты и обсуждение. Применение бережливых технологий в медицине стало важным этапом развития здравоохранения в России благодаря разработке и внедрению пилотного проекта «Бережливая поликлиника» в 2016 г. [3]. Принципы «бережливого производства» заключаются в следующем: качество, безопасность, своевременность, высокая корпоративная культура, стоимость, экономия времени как пациента, так и медицинского персонала [4]. Реализация бережливых проектов позволила в два раза увеличить время работы врача непосредственно с пациентом за счет внедрения электронного документооборота и оптимизации технологических процессов, в пять раз сократилось время оформления записи на прием к специалисту [5]. Внедрение принципов и стратегий бережливого производства в амбулаторный сектор здравоохранения помогло определить его «слабые места», способствовало устранению выявленных проблем и причин их возникновения на всех этапах диспансеризации пациентов с ССЗ. Также можно отметить, что внедрение технологий бережливого производства позволило более грамотно управлять потоками пациентов, сокращая сроки ожидания плановой медицинской помощи, повышая ее качество и доступность [6].

В регионах РФ, в которых выявлялись более высокие показатели смертности от заболеваний органов кровообращения, охват диспансерным надзором представленной категории больных был ниже, по сравнению с другими регионами. Факторы риска среди прошедших диспансеризацию выявлялись ниже, чем при эпидемиологических исследованиях. Это также подтверждает необходимость повышения качества проведения диспансеризации взрослого населения [7].

Выводы. Внедрение бережливых технологий в процесс диспансерного наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения позволяет сделать медицинскую помощь более пациент-ориентированной за счет сокращения времени ожидания оказания помощи, в том числе на прием к специалистам и исследования; оптимизации маршрута движения пациентов, а также повысить производительность и качество труда персонала. Это, в свою очередь, способствует снижению смертности пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и увеличению качества их жизни.

Список литературы

1. Усачева Елена Владимировна, Нелидова А. В., Куликова О. М., Флянку И. П. Смертность трудоспособного населения России от сердечно-сосудистых заболеваний // Гигиена и санитария. 2021. № 2.
2. Калинина А. М., Соколов Г. Е., Горный Б. Э., Драпкина О. М. Оценка качества диспансеризации как организационной технологии медицинской профилактики в первичном звене здравоохранения: в фокусе сердечно-сосудистые заболевания. Профилактическая медицина. 2021; 24 (1): 26–34.
3. Потапов И. В., Овчинников Д. А., Конради А. О. Бережливые технологии в медицинской помощи: текущий статус и дальнейшие возможности в России (аналитический обзор) // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. № 4 (22).
4. Федоськина А. К., Федоськина Л. А. Реализация бережливого подхода в контексте новой модели медицинской организации: итоги и перспективы // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. 2022. № 1.
5. Гандурова Е. Г., Горбачев А. В., Дорофеев А. Л., Ерастов Е. В., Жмеренецкий К. В., Ивашина И. А., Кораблев В. Н., Попова К. Е. Бережливые технологии как инструмент повышения эффективности здравоохранения (обзор проблемы) // Дальневосточный медицинский журнал. 2018. № 2.

6. 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. № 2.

7. Калинина А. М., Кушунина Д. В., Горный Б. Э., Антонов К. А., Бетяева О. В., Соколов Г. Е. Потенциал профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации взрослого населения // КВТиП. 2019. № 4.

УДК 616 – 056

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ВЕКТОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кулемзина Татьяна Владимировна, Криволап Наталья Викторовна,
Красножен Светлана Владимировна

Российская Федерация, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Период с 90-х годов прошлого столетия отмечен в Российской Федерации не только возвратом старых заболеваний, которые, как казалось, будут быстро ликвидированы, но и появлением новых. Рецессия общественного здоровья в современном обществе, кроме того, тесно связана с социальными факторами, которые, наряду с непосредственными причинами заболеваний, нарушают механизмы психофизиологической адаптации и создают условия для возникновения и развития заболеваний. Поэтому, актуальным является проведение исследований в области прогнозирования общественного здоровья, качества жизни населения, так как информация об ожидаемом уровне здоровья населения и отдельных его групп составляет основу формирования национальной безопасности и социальной политики [1].

Цель – проанализировать возможность прогнозирования здоровья индивидуума на основе конституционального подхода.

Материал и методы. Стандартно прогнозирование базируется на основе анализа статистической информации о заболеваемости, инвалидности, смертности населения, оценок демографических процессов и их перспектив, наиболее вероятных сценариев развития политических реформ, социально-экономической и экологической ситуации в государстве.

Согласно источникам литературы [2] прогнозирование здоровья человека чаще всего ведется по следующим направлениям:

- прогноз состояния здоровья практически здоровых людей перед воздействием на них неблагоприятных (иногда экстремальных) факторов, что особенно актуально в современном мире;
- прогноз возможности (риска) заболевания, связанный с воздействием вредных бытовых и природных факторов;
- прогноз течения и исхода заболевания с учетом характера патологического процесса.

Результаты и обсуждение. Однако, в данном перечне отсутствуют факторы семейной патологии, особенностей иммунного статуса человека, наличием преморбидных состояний, влияющих, в дальнейшем, на формирование стойкой хронической патологии, что, в свою очередь, способствует снижению трудоспособности и производительности труда населения. Поэтому, основой прогнозирования здоровья должен стать поиск информативных маркеров повышенного риска развития заболеваний, определение их характера и особенностей влияния на организм человека. Среди маркеров, влияющих на состояние здоровья в перспективе (таких, как возраст, пол, регион рождения и проживания человека, профессия и место работы, анамнез жизни) особое внимание необходимо уделить конституциональным особенностям личности, а именно: типу телосложения, склонности к определенной патологии, наличию семейных заболеваний,

особенности течения заболеваний, вегетативному статусу, типу темперамента и психологическим характеристикам индивидуума [3].

Исходя из вышесказанного, в процессе проведения многоцелевых скринингов необходим тщательный сбор анамнеза жизни и семейного анамнеза, проведение дополнительных антропометрических и клинических исследований, что позволит определить предрасположенность к возникновению определенной патологии. Кроме того, важно учитывать индивидуальные характеристики пациента, а именно особенности конституции.

Конституция является фундаментальной характеристикой целостного организма, она отражает индивидуальность, будучи проявлением его жизнедеятельности. В современной медицине под конституцией понимают комплекс структурно-функциональных особенностей организма, определяемых геномом. Генетическая индивидуальность проявляется в многообразных вариациях строения органов, физиологических функций, биохимических реакций. Доказано, что существует общий механизм, который может реализовать свое действие в предрасположенности к весьма широкому спектру заболеваний, включая инфекционные, аутоиммунные и онкологические.

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека и состояние окружающей среды. Причем, одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения, а другие, наоборот, оказывают негативное воздействие. Выявление факторов риска и профилактика хронических заболеваний способствуют сохранению здоровья и, в особенности, повышению качества жизни в популяции. С учетом этого важнейшая задача состоит в разработке комплекса мер, направленных не столько на коррекцию и устранение факторов риска возникновения заболеваний, сколько на превентивную реабилитацию.

Системный подход, лежащий в основе инновационных технологий здоровьесбережения, позволяет объединить различные методы изучения, сохранения, восстановления и превентивной реабилитации [4]. Прогнозирование индивидуального здоровья человека на основе превентивного подхода должно иметь персонифицированный характер, но с обязательным учетом особенностей влияния различных чрезвычайных факторов на организм человека, что может быть широко использовано в клинической практике. Кроме того, конституциональный подход может быть востребован в определении профессиональной военной специализации.

Выводы. Таким образом, системный подход к прогнозированию здоровья = оценка состояния здоровья + определение конституциональных особенностей + учет специфики деятельности + выделение повреждающих факторов.

Список литературы

1. Порада Н.Е. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций. – Минск: ИВЦ Минфина, 2017. – 126 с.
2. Зайцева Н.В., Устинова О.Ю., Сбоев А.С. Медико-профилактические технологии управления риском нарушений здоровья, ассоциированных с воздействием факторов среды обитания // Гигиена и санитария. – 2016. – 95 (1). – С. 17–22.
3. Малых О. Л., Кочнева Н. И., Шмаков Д. А. Санологический прогноз здоровья населения // Новые задачи современной медицины: мат. IV Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2016 г.). – СПб.: Свое издательство, 2016. – С. 71–76.
4. Медведев А. С. Основы медицинской реабилитологии. – Минск: Беларус. наука. – 2018. – С. 267.

УДК 613.4

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ПРАВИЛАХ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ**Гончарова Нелли Васильевна, Моллаева Мадина Эльчиновна,
Трубачева Полина Владимировна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Дьяченко Тамара Сергеевна

Введение. В современном мире существует огромное количество заболеваний, затрагивающих людей всех возрастов. Чтобы избежать их, нужно соблюдать ряд профилактических мер, ведь лучше предупредить заболевание, чем уже лечить. Одним из важных аспектов профилактики является соблюдение личной гигиены, поэтому с раннего детства родители должны прививать своему ребёнку гигиеническую грамотность. К сожалению, в наши дни, в эпоху цифровых технологий, когда абсолютно любую информацию можно найти в интернете, люди не только не соблюдают должным образом правила личной гигиены, но и вовсе не ознакомлены с ними. Неосведомленность в этом вопросе в дальнейшем может привести к пагубным последствиям: кожным заболеваниям, заболеваниям полости рта, общему ослаблению иммунитета и др. [1].

Цель работы: исследовать уровень грамотности населения в области личной гигиены и разработать памятку, содержащую основные правила личной гигиены.

Материалы и методы. Основным методом исследования – социологический, проведено анонимное анкетирование по специально разработанной анкете. Гигиеническая грамотность определялась в процессе обобщения и сопоставления ответов опрошенных.

Результаты и обсуждение. В ходе опроса было получено 60 ответов от студентов, обучающихся в высших учебных заведениях разных направленностей.

Установлено, что 43,1 % респондентов, у которых отсутствуют видимые проблемы с зубами (боль, чувствительность), не посещают стоматолога регулярно, 32,8 % приходят на профилактический прием раз в год, 17,2 % заботятся о своем здоровье и проходят осмотр раз в полгода, а 6,9 % – раз в 2 года. Таким образом, большая часть опрошенных не осведомлены, что начальные стадии заболеваний зубов протекают бессимптомно и отсутствие регулярных профилактических осмотров у стоматолога могут привести к печальным последствиям – кариесу, а при осложненном кариесе даже к удалению зубов [2].

Также было выяснено, что треть опрошенных, помимо чистки зубов щеткой, никак не защищает ротовую полость. Другая часть пользуется зубной нитью или ополаскивателем для полости рта, изредка жевательной резинкой с ксилитом, а о существовании дентальных салфеток респонденты вовсе не осведомлены.

В следующем вопросе мнения разделились, и 50 % респондентов ответили, что не рассматривают состав моющих и уходовых средств, остальная половина читает состав на этикетке и проверяет его на наличие вредных химических веществ с целью выбора более безопасной для организма продукции.

Большая часть опрошенных (68,3 %) вытирает лицо после умывания личным полотенцем, остальные – полотенцем, которым протирают все тело (15,0 %). Очень малая часть (16,7 %) знают о том, что лицо необходимо промачивать сухой салфеткой, так как влажное полотенце приводит к механическим повреждениям эпидермиса и является благоприятной средой для размножения бактерий.

На вопрос: «Как часто Вы меняете постельное белье?», 41,7 % респондентов ответило – раз в две недели, 31,7 % опрошенных указали раз в неделю, 26,6 % – раз в месяц. Однозначного ответа на данный вопрос нет. Самое главное – это регулярность, менять постельное белье следует не реже одного раза в две недели.

63,3 % студентов спят в пижаме, остальные – в своей домашней одежде. Иметь специальную одежду для сна необходимо. С точки зрения гигиены, готовить, делать уборку чистящими средствами и спать в одной одежде – нарушение санитарных норм.

Пользуются антисептиком на регулярной основе 40 % опрошенных, 58,3 % – редко дезинфицируют руки, 1,7 % респондентов в общественных местах не пользуются диспенсерами с антисептиком.

Каждые несколько часов проветривают помещение 80 % респондентов, 18,4 % опрошенных делают это только при необходимости – если жарко, или плохо пахнет. И лишь 1,7 % вовсе не проветривают комнату.

Выводы. Результаты исследовательской работы свидетельствуют о низкой осведомленности молодых людей о правилах личной гигиены. Эта проблема требует особого внимания, так как при несоблюдении гигиенических правил возрастает риск возникновения опасных заболеваний. Необходимо проводить больше мероприятий в детских садах, школах, средних и высших учебных заведениях по повышению гигиенической грамотности населения, к тому же следует привлекать молодое поколение к участию в различных акциях, конкурсах, викторинах и прочих мерах по распространению знаний о гигиене. Для определения своего уровня знаний можно пройти опрос, перейдя по ссылке <https://forms.gle/vf2bdRRZySu5SaP89>, и получить памятку, содержащую основные правила личной гигиены.

Список литературы

1. Румянцев, Г. И. Гигиена / Г. И. Румянцев – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 608 с.
2. Деревянченко С. П., Маслак Е. Е., Денисенко Л. Н. Здоровьесберегающее поведение детей в семье и профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. 44 с.

УДК 65.012.7

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Зигангареева Гульназ Галимзяновна^{1,2}, Королева Ольга Ильгизовна¹,
Хусаинова Дина Камилевна¹**

¹Россия, Казань, ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница
Министерства здравоохранения Республики Татарстан им. профессора Е. В. Адамюка»

²Россия, Казань, Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Введение. В настоящее время вопросы обеспечения качества медицинской помощи являются одними из приоритетных направлений в управлении здравоохранением в связи с необходимостью повышения эффективности оказываемых медицинских услуг, в связи с чем экспертный контроль этапов лечебно-диагностического процесса представляется основополагающим инструментом контроля качества медицинской помощи.

Целью исследования явилось изучение литературы и действующих нормативных правовых актов по вопросам экспертной оценки качества медицинской помощи при разных видах контроля в сфере охраны здоровья граждан.

Результаты и обсуждение. Анализ законодательных норм позволяет выделить опорные элементы организации экспертизы качества медицинской помощи, включающие лиц, ответственных за проведение экспертизы, методологию проведения, формы документов и санкции, применяемые по результатам экспертизы качества медицинской помощи.

Законодательством Российской Федерации установлены требования к эксперту качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и в рамках осуществления государственного контроля в сфере здравоохранения.

Перед экспертом качества медицинской помощи стоят задачи, используя предоставленную медицинскую и дополнительную учетно-отчетную документацию, оценить компоненты лечебно-диагностического процесса путем сравнения с эталонными документами (порядки, стандарты, клинические рекомендации), определить этапы, на которых были допущены нарушения или несоответствия, сформировать обоснованное экспертное заключение.

Для обеспечения единого подхода к выявлению и описанию дефектов при проведении экспертизы качества медицинской помощи необходима формализация элементов лечебно-диагностического и экспертного процессов. Формализованные подходы позволяют выделить основные этапы лечебно-диагностического процесса, при этом выявление нарушений на каждом из этапов, оценка их влияния на состояние здоровья пациента позволяют провести комплексную оценку рисков при оказании медицинской помощи в анализируемом случае и в совокупной экспертной выборке.

Одним из элементов формализованного подхода выступают индикаторы или критерии качества медицинской помощи. Нормативными правовыми актами установлено, что экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи. На макроуровне индикаторами, отражающими результативность деятельности здравоохранения субъекта Российской Федерации в целом, являются критерии качества медицинской помощи, утверждаемые ежегодно Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. На сегодняшний день требуется модернизация перечня критериев оценки качества медицинской помощи и дополнение критериев по отсутствующим нозологическим единицам.

Критерии качества медицинской помощи могут использоваться при разработке чек-листов для использования при осуществлении экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, при проведении аудитов в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, для мониторинга деятельности структурных подразделений и медицинской организации в целом. Оценка соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, критериев оценки качества медицинской помощи включена в чек-лист проверок в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Одной из новаций контроля в системе обязательного медицинского страхования является увеличение поводов для проведения мультидисциплинарной экспертизы качества медицинской помощи. Мультидисциплинарный подход может быть использован при проведении целевых (внеплановых) проверок при осуществлении государственного, ведомственного и внутреннего государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Конечным выходным документом по результатам экспертизы качества медицинской помощи является экспертное заключение, содержащее выводы о наличии или отсутствии нарушений, что исходит из целей экспертизы качества медицинской помощи. С позиций расширения цифрового пространства в сфере оказания медицинских услуг, внедрения единой информационной системы здравоохранения (далее – ЕГИСЗ), представляется целесообразным разработку и утверждение единого экспертного заключения с последующим внедрением в ЕГИСЗ в формате структурированного электронного медицинского документа. Это позволит обеспечить межведомственное электронное взаимодействие, анализ системных проблем при осуществлении медицинской деятельности на разных уровнях оказания медицинской помощи, разработку комплексных мероприятий по снижению рисков ненадлежащего качества оказания медицинской помощи.

Отметим, что на сегодняшний день при сходных подходах к экспертизе при разных видах контроля отсутствуют единые критерии ненадлежащего качества оказания медицинской по-

мощи, определения риска влияния того или иного нарушения на тактику ведения пациента на разных этапах оказания медицинской помощи и в целом на состояние здоровья пациента. Нерешенным в правовом поле остается вопрос и независимой медицинской экспертизы, порядка ее проведения (в том числе отсутствие положения о независимой медицинской экспертизе) и юридического статуса экспертных заключений независимых экспертов качества медицинской помощи.

Выявленные нарушения по результатам экспертизы качества медицинской помощи могут повлечь за собой применение финансовых и штрафных санкций, а также различные формы юридической ответственности. Риск санкций по результатам контроля реализуется в системе обязательного медицинского страхования, а также в случае наличия признаков административного правонарушения при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Кроме того, результаты экспертизы качества медицинской помощи могут использоваться в юридической практике при установлении степени ответственности медицинских работников в случае неблагоприятного исхода лечения пациента.

Выводы. Важно отметить, что экспертиза качества оказанной медицинской помощи является одной из составляющих процесса управления качеством медицинской помощи. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости модернизации нормативно-правовых основ экспертизы качества медицинской помощи, научного обоснования единых методологических подходов к определению эксперта качества медицинской помощи и проведению экспертизы качества медицинской помощи. В условиях быстрого развития цифровизации здравоохранения данный вопрос является актуальным, в том числе в части внедрения результатов экспертиз в медицинскую информационную систему организации, что позволит осуществлять мониторинг выявленных нарушений, определять адресные точки для корректирующих мероприятий в целях улучшения процесса оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Румянцев, Г. И. Гигиена / Г. И. Румянцев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 608 с.
2. Деревянченко С. П., Маслак Е. Е., Денисенко Л. Н. Здоровьесберегающее поведение детей в семье и профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. 44 с.

СЕКЦИЯ 6 БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.253:618.39(09)

ОТНОШЕНИЕ К ПРАКТИКЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Асланова Роза Зубаировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: преподаватель Бушля Алла Андреевна

Введение. Практика прерывания беременности затрагивает не только медицину, но также и философию, юриспруденцию, теологию. Она упоминается в древних текстах, и, не смотря на различные противопоказания и непредсказуемые исходы данного процесса, и сегодня пользуется спросом. При этом споры о допустимости аборта также имеют древнюю историю. Например, в наставлениях Гиппократу врачу не разрешалось искусственно прерывать беременность. Аристотель же считал, что процесс допустим в том случае, когда эмбрион еще не сформирован, то есть отсутствует «чувствительность» и «двигательная активность».

Целью данного исследования является попытка выяснить, как менялось отношение к аборту в русской истории. Цель достигается путем решения следующих задач:

1. Проследить историю аборт в истории русской медицины.
2. Рассмотреть отношение к аборту в современной России.
3. Определить, как менялось отношение к аборту.

Материалы и методы. Был проведен анализ научной литературы, посвященной данной теме.

Результаты обсуждения. До XVII в. в русской истории «плодоизгнание» хоть и осуждалось религиозными и моральными нормами, преступлением не являлось [5. С. 159]. Со временем государство берет под контроль репродуктивный вопрос. «Плодоизгнание» становится уголовно наказуемым деянием: в юридических документах XIX в. закрепляются особенности наказания и привлечения к суду лиц, виновных в производстве аборт.

За помощью в этом вопросе и сельское, и городское население, вне зависимости от сословия обращалось к бабкам-повитухам, передававшим свои умения и знания от поколения к поколению. О том, что аборт был как бы в тени, говорит тот факт, что в первом письменном русском руководстве по акушерству 1784 г. Максимовича-Амбодика «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» не содержится информации о прерывании беременности [4].

Юрист М. Н. Гернет, исследовавший проблему детоубийства в России в конце XIX в. на основе приговоров окружных судов, зафиксировал 47 обвинений в совершении «детоубийства» в 1903 и 1908 годах [5. с. 165]. Наказания представлены ниже.

В 1920 году в Советской России был подписан декрет, разрешающий проведение аборт. Теперь практика прерывания беременности стала считаться законной. Число женщин, решающихся на проведение подобных операций, стало увеличиваться, потому что, согласно закону, женщина и врач были освобождены от уголовной ответственности. С 1920 по 1930 год аборт является методом регулирования рождаемости в СССР: правительство решает запретить аборт, но запрет вновь снимается в 1955 из-за возрастания криминальных аборт. В 1987 году официально разрешается прерывание беременности, а врачи-гинекологи должны были отговорить женщину, решившую прекратить беременность – на этом была основана работа по сокращению числа аборт.



Рис. 1. Результаты приговора за детоубийство в России в конце XIX в.

На сегодняшний день искусственное прерывание беременности относится к правам гражданина на охрану его чести и достоинства: «никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам» [2]. Это зафиксировано в Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статья 21. Согласно этой статье женщине разрешено прекращение беременности: если срок не превышает 12 недель, то процесс осуществляется по собственному желанию, если срок не превышает 22 недель, то прерывание беременности только по социальным показаниям, например, наличие инвалидности или смерть мужа в период беременности; аборт также считается допустимым при медицинских показаниях, например, при серьезных нарушениях здоровья со стороны матери, когда дальнейшее протекание беременности угрожает ее жизни, или серьезных патологий со стороны плода [6].

Современное отношение к практике прерывания беременности зависит от ответа на вопрос: что такое эмбрион? Первая позиция: эмбрион – полноценная личность начиная с момента оплодотворения, развитие эмбриона приравнивается развитию личности, которому свойственны все те права, которыми обладает любой гражданин Российской Федерации. Вторая позиция: эмбрион – не личность, у него нет моральных прав, но с 6-й до 28-й недели активизируется мозговая деятельность, благодаря чему зародыш уже можно считать полноправным индивидом.

В современной биоэтике различают 3 подхода к вопросу прерывания беременности:

1. Либеральная позиция защищает лишь права женщины, права эмбриона ущемляются, так как его не считают полноценным членом общества. Согласно этой позиции, аборт – не убийство, а плод не обладает правом даже за жизнь.

2. Умеренная позиция характеризуется постепенным нарастанием прав эмбриона. Согласно этой позиции, искусственная смерть эмбриона возможна в том случае, если он причиняет вред матери; если вмешаться в развитие эмбриона после трех последних месяцев, то это считается убийством, потому что уже обладает базовыми правами.

3. Консервативная позиция полностью защищает права эмбриона, не учитывая всевозможные иные исходы. Согласно этой позиции, аборт – убийство, которое никак нельзя оправдать, потому что с самого момента зачатия эмбрион – полноправная личность [3].

Выводы. Отношение к практике прерывания беременности менялось со временем, в зависимости от экономических и социальных условий жизни, от численности населения в стране, религиозных верований, политики государства. Плодоизгнание – проблема, существующая уже много лет, отношение к данной проблеме с течением времени сильно изменилось, на Руси это каралось смертельной казнью, а в современном мире к подобным процедурам относятся более лояльно.

Список литературы

1. Белкина Е. А. Этико-философский анализ специфики дилемм биоэтики на примере проблемы прерывания беременности // Научные ведомости Белгородского государственного университета, 2011, № 20, С. 243–247.

2. Бударин Г. Ю., Петров А. В., Седова Н. Н. Медицинские нормы и Юридические законы. 2012. – С. 101–102.
3. Гасратова А. И., Леут Е. В., Актуальность проблемы аборта. Медицинская и социальная значимость // Международный студенческий научный вестник, 2016, С. 1–10.
4. Максимович-Амбодик Н. М. Искусство повивания или Наука о бабичьем деле... – СПб., 1784–1786.
5. Мицюк Н. А., Пушкарева Н. Л. «Плодоизгнание» как основной способ контроля рождаемости у крестьянок XIX в. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии 2019, Т. 18, № 3 с.159–170.
6. Петров А. В., Седова Н. Н. Концепция прав человека в медицине. Часть II. Волгоград, Изд-во ВолГМУ. 2007 – С. 9–12.

УДК: 316.772.4:614.25

ИНСТРУМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ–ПАЦИЕНТ»

Бубнов Владлен Геннадьевич

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

Введение. Коммуникация – это процесс обмена информацией, включающий субъекты коммуникации (отправителя и получателя), способ коммуникации и объект коммуникации (передаваемую информацию).

Медицинская организация – сложный организм, одна из задач которого – обеспечение результативных коммуникаций между пациентами и сотрудниками. Но если для непосредственных участников лечебного процесса – врачей и медперсонала принципы и правила работы в медицинской организации ясны, просто в силу постоянного в ней присутствия, то пациенты могут быть далеко не так хорошо осведомлены о том, как работает клиника и какие процессы в ней происходят [1].

Цели и задачи. Рассмотреть инструменты формирования эффективной коммуникации в системе «врач-пациент».

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода.

Результаты и обсуждение. Основной задачей коммуникаций является создание психологически благоприятной среды. Врач имеет дело не с болезнями, а с больными, из которых каждый болеет по-своему.

К инструментам формирования эффективной коммуникации, при которой участники чувствовали бы себя максимально комфортно, а общение было бы эффективным можно отнести:

- управление коммуникацией в медицинской организации с помощью правил внутреннего распорядка;

- проведение тренингов для медицинского персонала;
- наличие обратной связи;
- поддержка сайта и социальных сетей медицинской организации;
- взаимодействие со СМИ;
- использование Платформ обратной связи (Госпаблики);
- «Горячая линия».

Правила внутреннего распорядка упрощают процесс получения медицинской помощи.

Улучшить качество сервиса, добиться эффективной коммуникации с пациентами медицинской организации, повысить их лояльность способствует направление сотрудников на тренинги по повышению квалификации.

Наличие обратной связи положительно сказывается на долгосрочном сотрудничестве между пациентом и врачом.

Поддержка сайта и социальных сетей медицинской организации неотъемлемая часть в современном мире. Пациент может узнать всю необходимую информацию перед посещением медицинской организации, не отвлекаясь от своих дел.

Взаимодействие со СМИ – это, в первую очередь, поддержание контактов между медицинской организацией и обществом. Руководство медицинских организаций, поддерживающее дружественные взаимоотношения с прессой, имеет больше возможностей обращаться к общественности и воздействовать на нее.

Использование платформ обратной связи (Госпаблики), так же является одним из многих видов обратной связи.

Горячая линия – это важнейший контакт между медицинской организацией и человека обратившегося за помощью [2, 3].

Выводы. Наряду с материальными, финансовыми, информационными и человеческими ресурсами, важнейшим активом медицинской организации становятся долгосрочные взаимоотношения с целевыми аудиториями (пациентами), способствующие созданию благоприятного общественного мнения о медицинской организации, что непосредственно отражается на материальной стороне [4].

Общественно и социально значимые вопросы в области здравоохранения привлекают внимание и вызывают оживленные дискуссии, поскольку каждый человек имеет собственные представления о здоровье и болезни. Считается общепризнанным мнение, что понятие «здоровье» довольно сложно поддается точному определению из-за многочисленных интерпретаций, в основе которых лежит личный опыт и культурные особенности [5].

Внедрение принципов коммуникации в сфере здравоохранения требует обозначения границ ее возможностей. Необходимо понимать, что коммуникация – это только один из методов популяризации здорового образа жизни и улучшения здоровья граждан.

Список литературы

1. Барсукова М. И., Кочеткова Т. В. Слово в работе врача (Культура речи врача) // Чтобы Вас понимали: Культура русской речи и речевая культура человека. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», – 2009 – С. 206.
2. Нилов В. М. Социология здоровья :Учебное пособие/ В.М.Нилов. – Петрозаводск, 2011. С. 76–80.
3. Фоменко А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения /А. Г. Фоменко // Медицинские новости. – 2011. – № 11. – С. 31–38.
4. Bushueva G. A. Nekotorye podhody k ocenke effektivnosti ekonomicheskoy deyatel'nosti LPU [Some approaches to assessing the effectiveness of the economic activity of medical institutions] / G. A. Bushueva, E. V. Polzik, Yu. A. Tyukov // Ekonomika zdravoohraneniya [Health economics]. – 2008. – № 7. – P. 39–44. [in Russian]
5. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10. – № 1. – С. 4–8.

УДК: 610+614.253

СОВРЕМЕННЫЕ БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КЛИНИЦИСТА

Мокашева Екатерина Николаевна, Мокашева Евгения Николаевна
Россия, Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко
Научный руководитель: д. м. н., профессор Болотских Владимир Иванович

Введение. Деятельность врача всегда была сопряжена с этическими проблемами. Особенности взаимодействия доктора и пациента часто несут определённую нравственную напряжённость, так как присутствует необходимость сохранения личной информации больного и налаживания отношений с его родственниками, участвующими в уходе за больным, а также множество других всевозможных аспектов, которые необходимо учитывать для успешной курации пациента [1].

Цели и задачи – изучить данные научных статей, содержащих информацию о современных биоэтических проблемах, с которыми может столкнуться врач-клиницист в своей деятельности.

Материалы и методы. Проанализированы данные литературных источников, которые раскрывают информацию о следующих биоэтических вопросах, важных для практики врача: экстракорпоральное оплодотворение, трансплантология, трансфузиология, редактирование генома.

Результаты и обсуждение. Одними из современных проблем биоэтики в медицине являются генетика, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), трансплантология и трансфузиология. Данные направления с момента их зарождения сопровождались всевозможными этическими проблемами, связанными с внедрением данных областей в современную медицину.

Основная проблемы ЭКО была связана с религиозной подоплёкой. Русская православная церковь (РПЦ) с подозрением относилась к подобной процедуре, так как считала, что вмешательство третьих лиц в межличностные отношения мужа и жены противоречит религиозным канонам и поэтому греховно. В то же время взаимодействие общественности с религиозными институтами позволило ослабить влияние РПЦ [2]. Помимо религиозных проблем отмечается ряд биоэтических аргументов, выступающих против ЭКО: более высокий риск осложнений со стороны матери, проходящей через гормональную терапию, возможные пороки развития и онкологические заболевания у детей, рождённых при помощи ЭКО. Подобные доводы должны быть подвергнуты клиническим исследованиям и подробному статистическому анализу.

Тема донорства крови остается на данном момент важной проблемой, в связи с тем, что ее запасы в больницах быстро истощаются. К сожалению, актуальность данной темы возрастает. Самым распространенным поводом, побуждающим людей добровольно сдавать свою кровь, является благотворительность и альтруистические мотивы. Однако нужно понимать, что подобных людей немного. Поэтому необходимо проводить различные просветительские мероприятия и акции среди населения по этому вопросу. В то же время сохраняется такая важная проблема, как материальная сторона вопроса: многие доноры интересуются сдачей крови только как возможностью получения дополнительных денежных выплат [3]. Также стоит отметить тот факт, как подборка доноров. Для предотвращения распространения инфекций, передающихся парентеральным путем, необходимо проводить ряд диагностических мероприятий, такие как анализы на гепатиты и ВИЧ-инфекцию.

Одной из актуальных проблем остается трансплантология. Данная сфера в наибольшей степени нуждается в создании соответствующего законодательства для урегулирования возможных проблем со стороны доноров и пациентов. В любом случае необходимо наличие добровольного информированного согласия как для стороны, у которой происходит изъятие органов, так и для тех, кому их будут пересаживать. Современное решение данного вопроса видят в клонировании органов и тканей и использование искусственных органов, что позволит преодолеть недостаток донорских материалов [4].

Редактирование генома является новым вопросом биоэтики, который возник на фоне современных разработок различных генетических манипуляций. Эти методики открывают возможность

редактирования генома, что может помочь корректировать всевозможные наследственные болезни. В результате использования данных новых приемов возможно снижение количества онкологической патологии и увеличение продолжительности жизни. Поднимется вопрос генетической модификации эмбриона, если диагностирована тяжелая пренатальная патологии. Используя «молекулярные ножницы» можно поменять в необходимом фрагменте ДНК мутационный ген на «здоровый» [5]. Открытие же генов, отвечающих за формирование предрасположенности к наркотической и алкогольной зависимости, может послужить в дальнейшем поводом для стигматизации данных людей или же появления желания «исправить» вышеописанные патологические изменения. В итоге подобные манипуляции приводят к «улучшению» человека. Пока нет точных данных об отсутствии побочных явлений при применении этих процедур. Поэтому необходимо учитывать тот факт, что в процессе корректировки генома можно столкнуться и с нарушением прав человека. В крайних случаях в некоторых статьях даже поднимается вопрос будущего расслоения общества и деления его на определенные группы людей, в зависимости от того, имело ли место генетическая модификация с последующим закреплением определенных возможностей [6].

Выводы. Биоэтические проблемы на настоящий момент остаются краеугольным камнем в клинической медицине, затрагивая вопросы религиозного и юридического характера. Польза и вред научных открытий в области естественных наук всегда оцениваются как с нравственных, так и материальных сторон, поэтому важно постоянно совершенствовать правовую поддержку населения в подобных вопросах, чтобы избежать возможных социальных и общественных проблем в будущем.

Список литературы

1. Смирнова Т. В. Антропологический поворот в медицине: концептуальная парадигма биоэтики // Общество: философия, история, культура. – 2021. – № 8 (88). – С. 44–47.
2. Тарабрин Р. Биоэтические проблемы экстракорпорального оплодотворения в российской православной дискуссии // Государство, религия, Церковь в России и за рубежом. – 2021. – Т. 39. – № 4. – С. 142–168.
3. Иванова О. М., Билалова Л. М., Мещерякова В. Г., Морозова В. М., Скоркина Ю. С., Билалов Э. М. Биоэтические проблемы трансфузиологии // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – №11. – С. 66–72.
4. Кузнецов Д. В. Этические аспекты трансплантологии // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. – № 5. – С. 598.
5. Летов О. В. Биоэтические проблемы развития генетики // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 3, Философия: Реферативный журнал. – 2021. – №3. – С. 126–135.
6. Мельнов С. Б., Мишаткина Т. В., Айзберг О. Р. «Улучшение человека» и нейроэтика: редактирование генома: опасность стигматизации и расслоения общества. Философия. Журнал высшей школы экономики, – 2020. – 4 (1). – С. 111–134.

УДК: 614.2

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Порохня Анастасия Геннадьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Введение. Главным приоритетом любой медицинской организации является принцип «не навреди». Любые медицинские вмешательства могут привести к нежелательным последствиям, поэтому важно эффективно реализовывать культуру безопасности пациентов.

Цели и задачи. Уточнение понятия «культура безопасности пациентов» и исследование методов её оценки в медицинской организации.

Материалы и методы. Методологической основой в решении поставленной цели послужили исследования, связанные с разными аспектами культуры безопасности пациентов. В трудах Старченко А. А., Рошала Л. М., Бурыкина И. М., Мурашко М. А. рассматриваются понятия «культура безопасности», «безопасность пациентов». В работе А. С. Хаугена представлен опросник HSPSC, специально разработанный Агентством по исследованиям качества здравоохранения. Петерсен Л. А. предлагает использовать опросник, разработанный в первую очередь для авиации, «Опросник отношения к безопасности» («Safety Attitudes Questionnaire» – SAQ).

Результаты и обсуждение. В современном мире сложность оказания медицинской помощи растёт, растут и риски получения пациентами вреда. Этот факт поспособствовал возникновению новой дисциплины «Безопасность пациентов». Основная задача данной дисциплины снизить уровень риска, число ошибок в процессе оказания медицинских услуг.

Всем людям свойственно ошибаться, ожидать безупречной работы от персонала, с учётом напряжённых условий, невозможно. Сотрудники должны постоянно практиковаться, извлекать опыт из уже совершенных ошибок. Нет сомнений в том, что качественные услуги здравоохранения должны быть эффективными, безопасными и ориентированными на потребности людей. В законодательстве Российской Федерации не предусмотрено определение «безопасности пациентов». В основном с понятием можно ознакомиться в зарубежных источниках.

Автор придерживается следующего мнения: безопасность пациентов – это раздел современной медицины, занимающийся исследованиями негативных последствий, вызванных воздействием лечения или применением лекарственных средств и медицинских технологий. [1]

Успешно реализовать мероприятия по охране безопасности пациентов, позволят чёткие инструкции, квалифицированные специалисты и вовлечение пациентов в процесс оказания медицинской помощи. В первую очередь стоит провести анализ систем, по причине которых возможно возникновение вреда, для этого необходима открытость и прозрачность, т.е. культура безопасности.

Культура безопасности – это совокупность индивидуальных и групповых ценностей, восприятия, компетенций и принятых моделей поведения, которые определяют приверженность организации к обеспечению принципов безопасности пациента. [2]

Для поддержания своего уровня, медицинским организациям следует регулярно оценивать культуру безопасности, применяя различные методы. Существует два основных опросника для исследования культуры безопасности: опросник HSPSC, разработанный Агентством по исследованиям и качеству в здравоохранении (AHRQ, США); опросник SAQ, разработанный с учетом опыта авиации [3].

Прежде чем использовать один из этих опросников, стоит рассмотреть их характеристики, изучить плюсы и минусы. Ниже представлена сравнительная характеристика вышеописанных опросников (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика опросников HSPSC и SAQ

Параметр	HSPSC	SAQ
Размер опросника	6 страниц	2 страницы
Время на заполнение опросника	Не более 30 минут	Около 15 минут
Количество измеряемых аспектов культуры безопасности	7	6
Общие блоки опросников	Командная работа, восприятие руководства, условия труда и загрузка персонала, безопасная больничная среда	
Различные фокусы опросников	Культура усовершенствований, оценка коммуникаций, работа с медицинскими ошибками	Удовлетворенность работой, оценка стресса

Окончание табл. 1

Параметр	HSPSC	SAQ
Преимущественное использование	Используется во многих странах мира	Используется в США
Возможность сравнения данных с другими клиниками	Имеется сайт для сравнения с данными других клиник. Имеются данные исследований в российских клиниках	Имеются возможности сравнения в основном с клиниками США
Основа для разработки	Разработан ориентируясь на медицинские организации	Основан в первую очередь для авиационной деятельности
Наличие модификаций опросников	Существует одна модификация, используемая во всех отделениях	Имеются 4 варианта: для ОПИТ, оперблока, палатных отделений и поликлиник

Источник: Wischet W., Schusterschitz C. Quality management and safety culture in medicine – Do standard quality reports provide insights into the human factor of patient safety? GerMedSci. 2009;7.

Выводы. Проанализировав выше сказанное, можно сделать вывод, что более эффективно использовать опросник HSPSC. Российские специалисты уже имеют опыт работы с этим видом опросов и смогут получить более широкую оценку существующей культуры безопасности медицинских организаций системы здравоохранения.

Список литературы

1. Мурашко М. А. Качество медицинской помощи: пора меняться // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1. – С. 10–21.
2. Organising for Safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission (of Great Britain). Sudbury, England: HSE Books, 1993.
3. Wischet W., Schusterschitz C. Quality management and safety culture in medicine – Do standard quality reports provide insights into the human factor of patient safety? GerMedSci. 2009; 7.

УДК 65.012.7

АБОРТ КАК ОДНА ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ

Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Костовинская Ольга Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Понятие «биоэтика», означающее область науки, направленную на исследование моральных проблем, порожденных развитием здравоохранения, появилось в последнее десятилетие 20 века, но уже набрало огромную массу споров и проблем среди медицинских работников. Рассматривая биоэтику акушерско-гинекологического отделения необходимо выделить такие проблемы как аборт [1].

Цели и задачи. Данная проблема вызывает дилеммы с морально-этической точки зрения. Современная медицина научилась регулировать наследственность, внедрять в организм искусственные органы, регулировать численность детей, поэтому как никогда остро стоит вопрос о соблюдении прав и свобод пациента как личности.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование статистических данных из отечественной и зарубежной практики.

Результаты и обсуждение. Согласно Ст. 20 Конституции РФ каждый человек имеет право на жизнь [4]. Аборты всегда вызывали обсуждение и проводились всю историю человечества. Вопрос не только новой жизни, но и уже существующей, материнской. Может произойти множество непредвиденных ситуаций: когда беременность угрожает жизни матери, когда ребенок имеет различные патологии, которые смогли обнаружить врачи, бывает зачатие в результате насилия. Этого уже достаточно, чтобы провести аборт. Желания женщины вполне достаточно, чтобы провести аборт. Но этому желанию противопоставляет право еще не развившегося ребенка на жизнь. На сроке несколько недель уже начинает развиваться нервная система, что подразумевает возможность болевого синдрома у ребенка во время аборта. Но наличие нервной системы еще не подразумевает, что она работает. На раздражения нервной системы ребенок способен отвечать только после 24 недели, что определяет большую половину срока беременности.

Также в вопросы биоэтики складывается влияние культуры и религии, но религия не указывает точно, на каком сроке появляется «душа», а значит не может определять правильность и неправильность аборта. В некоторых странах разрешен аборт, если плод носит женский гендер и строго запрещен, что называется понятием «селективный аборт». Культура и религия не успевают за наукой, ведь в современном обществе появились методы контрацепции, которые приравниваются к абортам, понимание, что такое нервная система и сроки ее появления.

Принятие научных открытий происходит очень долго. Аборты легализовали 100 лет назад только в 1 стране – СССР, отпугивая выскабливанием без анестезии, в Польше год назад запретили аборты, даже если в матке матери неизлечимо больной плод.

Выводы. В Федеральном Законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2022), говорится, что каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия при сроке беременности до двенадцати недель [5].

В акушерстве и гинекологии правила проведения аборта и послеабортных вмешательств регулирует Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869) [6].

Список литературы

1. Доника А. Д., Чернышкова Е. В., Андрианова Е. Л. Биоэтический контент современных исследований. Проблемы профессионализма в медицине // Биоэтика. 2018. № 17. С. 34–37.
2. 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.
3. Резниченко Л. А. Долгий спор о защите эмбрионов // Человек. 2020. № 3. – С. 29–35.
4. Конституция Российской Федерации: [принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года]: официальный текст: по состоянию на 1 октября 1997 года. – Москва: ИНФРА МНОР-МА, 1997. – 96 с.
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ: (ред. от 30.04.2021 (с изменениями и дополнениями, вступил в силу с 11.05.2021).
6. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н.

УДК 65.012.7

ЭВТАНАЗИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: ПРОБЛЕМА ИЛИ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ?

Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Юнцева Елизавета Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Современные проблемы медицины включают в себя большое количество самых разных отделов, один из которых – медицинская этика. Это понятие появилось в российской медицине сравнительно недавно, в 80-х годах прошлого века [1], но эта область развивается довольно быстро и является достаточно актуальной на данный момент.

Результаты и обсуждение. Под определением биоэтики мы понимаем совокупность междисциплинарных исследований, ориентированная на решение нравственных проблем, обусловленных научным прогрессом в области медицины.

В современной биоэтике представляет интерес такое явление, как эвтаназия. Эвтаназия (убийство из милосердия) – это намеренное умерщвление с целью избавления человека от страданий, которые ему приносит заболевание [2]. Может производиться посредством лекарственных средств или путем отключения организма от систем жизнеобеспечения. Термин «эвтаназия» – «легкая смерть» – появился благодаря Фрэнсису Бэкону в 17 веке [3].

Подобная практика уходит корнями в двадцатый век. Впервые эвтаназия стала обсуждаться и применяться в странах северной Европы. В 1935 году благодаря Ч. К. Милларду в Англии появилось первое Общество легализации добровольной эвтаназии (Voluntary Euthanasia Legalisation Society). Законопроект был отклонен в Палате лордов годом позже. В 1938 году похожее общество появилось в США. Через 59 лет штату Орегон удалось разрешить «самоубийство с помощью врача». Первые удачные попытки легализовать эвтаназию в Европе были предприняты в 2001 году в Нидерландах и в 2002 в Бельгии.

Важно понимать, по каким причинам большая часть современного мира до сих пор отказывается от практики эвтаназии. Исходя из статистических данных, на первом месте стоят христианские убеждения – эвтаназия напрямую противоречит своду заповедей, нарушая запрет на убийство. Другая часть людей считает, что оказание содействия в добровольной смерти противоречит назначению врача; помощь человеку с уходом из жизни – противоестественный процесс. Беря во внимание исторические источники, можно убедиться в том, что и сам Гиппократ выступал против преждевременной смерти: «...необходимо ободрять больных, чтобы они не сильно падали духом... Но сами больные, отчаявшись, заменяют жизнь смертью» [4]. Помимо этих причин существует и законодательное объяснение отрицания эвтаназии – каждый человек имеет право на жизнь, свободу и личную неприкосновенность [5]. То есть он может оставлять за собой право выбора в ситуациях, касающихся его существования.

Рассматривая проблему разрешения практики прекращения жизни, необходимо различать активную и пассивную эвтаназию. Первая представляет собой введение умирающему лекарств, стимулирующих быструю и безболезненную смерть. Пассивная эвтаназия – намеренное бездействие, остановка лечения. Оба этих варианта развития событий в российском законодательстве являются уголовно наказуемыми. Согласно ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статье № 45, медицинские работники не имеют права ускорять смерть больного определенными действиями или бездействием [6]. Это означает, что эвтаназия в РФ приравнивается к убийству и лицо, осуществившее подобное, несет уголовную ответственность.

Как уже говорилось ранее, существуют страны, в которых эвтаназия легализована. Эта практика возможна в Нидерландах, в Бельгии, в некоторых штатах США, в Швейцарии, Люксембурге,

Колумбии и Канаде. Но этот процесс является отнюдь не легкодоступным. Для него требуется специальное, неоднократно засвидетельствованное согласие самого пациента (или его родителей/опекунов в случае несовершеннолетия больного), подтверждение диагноза несколькими независимыми врачами. Помимо прочего, существует определенный уровень невыносимых страданий, при котором может быть осуществлена эвтаназия. Либеральность представленных выше стран в вопросе прекращения жизни неоспорима и очень ценится мировым научным сообществом.

Выводы. Таким образом, противоречия не перестанут возникать до тех пор, пока не будут строго определены нравственные границы оказания медицинской помощи такого рода. Гуманно ли продолжать лечение человека, если он тяжело его переносит? Справедливо ли отказывать просящему в процедуре эвтаназии, если его существование сопровождается постоянными болями? Возможно ли регулировать науку и медицину, ограничивая подобные практики? И как в таком случае получится обеспечить защиту прав граждан? Только получив точные ответы на эти вопросы, общество сможет прийти к единому мнению насчет согласованного прекращения человеческой жизни.

Список литературы

1. Петров Рэм Викторович, Юдин Борис Григорьевич. Развитие биоэтики в России // Казанский мед. ж.. 2008. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-bioetiki-v-rossii> (дата обращения: 20.10.2022).
2. Adam Augustyn Euthanasia / Adam Augustyn [Электронный ресурс] // Britannica – URL: <https://www.britannica.com/topic/euthanasia> (дата обращения: 26.10.2022).
3. Карманов Михаил Владимирович, Махова Ольга Анатольевна. Эвтаназия как объект статистического исследования // Вестник НГУЭУ. 2017. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/evtanaziya-kak-obekt-statisticheskogo-issledovaniya> (дата обращения: 20.10.2022).
4. Гиппократ Наставления / Гиппократ – Москва: Гос. изд-во биол. и мед. лит-ры, 1936 – 348 с.
5. Michael Karnerfors Why is euthanasia illegal in Sweden considering it's a very atheist country? / Michael Karnerfors [Электронный ресурс] // Quora : [сайт]. – URL: <https://www.quora.com/Why-is-euthanasia-illegal-in-Sweden-considering-its-a-very-atheist-country> (дата обращения: 26.10.2022).
6. Мустафаев С. Э. Оглы. Эвтаназия: легализация и уголовная ответственность // Актуальные проблемы российского права. 2016. № 3 (64). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/evtanaziya-legalizatsiya-i-ugolovnaya-otvetstvennost> (дата обращения: 21.10.2022).

УДК 005.32

К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ КОММУНИКАЦИИ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

Машлыкин Алексей Андреевич

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

Введение. Необходимым условием эффективности назначенного лечения является его соблюдение пациентами. Для многих это выражение покажется аксиомой. Но в то же время не секрет, что больные по разным причинам часто не выполняют назначения врача. Помимо прямого воздействия на здоровье самих пациентов, эта ситуация негативно воздействует на экономическую ситуацию в сфере здравоохранения. Например, в США затраты, обусловленные отсутствием приверженности к лечению, оценивают от 100 до 300 млрд долларов ежегодно; более 5 % всех госпитализированных пациентов относятся к группе с недостаточным комплаенсом.

Сохранить здоровье пациентов, избежать экономических затрат можно единственным способом – налаживанием коммуникативных связей между пациентами и медицинским персоналом, достижением приверженности к назначенному лечению (комплаенса).

Цели и задачи. Рассмотреть проблему коммуникации между врачами и пациентами с учетом российской и зарубежной практики.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование статистических данных из отечественной и зарубежной практики.

Результаты и обсуждение. В России в 2010 г. крупное исследование провела аналитическая компания ComconSynovate среди 28 тыс. респондентов. По результатам анкетирования менее 40 % опрошенных отметили, что всегда выполняют назначения врача по приему лекарственных средств, 24 % не покупают препараты из-за экономических трудностей, а 19 % изменяют назначения по собственному желанию (часто из-за рекомендаций фармацевтов в аптеках) [1].

Недостаточный комплаенс распространен не только в России, но и в других государствах. По оценке Всемирной организации здравоохранения, в индустриально развитых странах только половина хронических больных с длительным временем способны выполнять врачебные назначения, а в развивающихся государствах таких людей еще меньше.

Briesacher B. A. (2008) рассмотрел уровень комплаенса у больных, подверженных 7 нозологиями (ретроспективная научная работа, которая включала информацию более чем о 700 тыс. пациентов). Они установили, что доля пациентов с необходимым уровнем комплаенса (ученые взяли за таковой более 80 %) зависит от заболевания и составляет от 37 % (подагрический артрит) до 72 % (гипертоническая болезнь) [2].

DiMatteo MR (2004) включил в свой метаанализ более 500 исследований за период с 1948 по 1998 г. По результатам был определен средневзвешенный показатель приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений – 76 %, причем вариация зависит от нозологической группы. Наиболее лучшие показатели были достигнуты инфицированными вирусом иммунодефицита человека (88 %) и пациентами с воспалительными поражениями суставов (81 %), а наиболее худшие у больных с сахарным диабетом (68 %) и нарушениями сна (66 %) [3].

Среди педантичных и исполнительных жителей ФРГ проблема нон-комплаенса из-за действий (или бездействия) пациентов также достаточно распространена. Согласно информации АВДА (Федеральный союз аптечных ассоциаций), более половины всех отпущенных по рецептам лекарственных препаратов пациенты принимают не в соответствии с назначениями врачей.

Выводы. Таким образом, коммуникационные проблемы между пациентами и медицинским персоналом существуют до сих пор не только в России, но и в других странах, в том числе и относящихся к категории развитых. Нон-комплаенс наносит урон не только здоровью граждан, но и создает значительные экономические убытки для здравоохранения и государства в целом.

Список литературы

1. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 6–15.
2. Briesacher B. A., Andrade S. E., Fouayzi H., Chan K. A. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions // *Pharmacotherapy*. – 2008. – № 28 (4). P. 437–443.
3. DiMatteo M. R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research // *Med. Care*. – 2004. – № 42 (3). – P. 200–209.

СЕКЦИЯ 7

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

УДК 339.138

АНАЛИЗ АКТУАЛЬНОСТИ И ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ЛОЯЛЬНОСТИ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СРЕДИ ПОКУПАТЕЛЕЙ Г. ВОЛГОГРАДА И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Агеева Валерия Александровна, Магомедова Карина Рамазановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д. фарм. н., профессор, профессор кафедры управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического товароведения Ветютнева Наталия Александровна

Введение. Основными тенденциями в деятельности субъектов современного фармацевтического рынка, в частности, аптечных организаций, в условиях конкуренции аптечных сетей и насыщенности рынка фармацевтической продукцией являются высокая клиентоориентированность и управление клиентским опытом. В качестве эффективного маркетингового инструмента, помогающего поддерживать долгосрочные взаимоотношения с уже имеющимися покупателями и привлекать новых, сохранять их приверженность определённому бренду, продукту или организации, являются программы лояльности, призванные стимулировать клиентов совершать повторные покупки [1]. Программы лояльности выступают средством оптимизации взаимоотношений клиента и организации, в основе которого лежит принцип поощрения и материальной выгоды таких отношений для покупателей [3].

Цель: изучить актуальность и популяризацию программ лояльности аптечных организаций среди покупателей г. Волгограда и Волгоградской области.

В соответствии с целью поставлены следующие задачи:

1. Изучить современное состояние фармацевтического рынка г. Волгограда с учетом программы лояльности;
2. Пронаблюдать, какие аптечные организации лидируют в действующих программах лояльности;
3. Создать онлайн-опрос посредством ПО Google Forms для покупателей аптек.

Перед сбором эмпирических данных была сформулирована исследовательская гипотеза: наличие программ лояльности у аптечной организации положительно влияет на покупательскую способность путем привлечения потребителей. Учитывая, что в г. Волгограде много различных аптечных организаций, мы предполагаем, что это актуальная практика.

Материалы и методы. Материалами и методами исследования были использованы контент-анализ научных публикаций, методы анкетирования потребителей различных возрастных групп на платформе Google, статистической обработки и системного анализа.

Разработанная нами анкета включала 15 вопросов, в том числе 2 – открытых, 3 – полужакрытых и 10 – закрытых. Структура анкеты представлена тремя частями: первая часть содержит социально-демографическую характеристику потребителя, вторая часть представлена вопросами, выясняющими взгляды потребителя на проблему, его компетентность, отношение к программам лояльности в аптечных организациях. Третья часть анкеты включает вопросы, отражающие типы потребительского поведения среди респондентов, их пожелания, предложения и категории согласно индексу лояльности.

Форма анкеты была составлена с использованием площадки «GoogleForms» и размещена в социальных сетях «ВКонтакте», «Одноклассники» в виде постов, содержащих прямую ссылку на опрос, а также распространена с помощью мессенджеров «WhatsApp Web», «Telegram Web».

Результаты и обсуждение. Исследование проводилось с вовлечением подобранных случайным образом 234 участников-респондентов различных социально-демографических групп, прошедших анкетирование.

В результате было установлено, что для 72,1 % опрошенных важно наличие программы лояльности в аптечной организации, для 15,4 % респондентов этот фактор не имеет значения, а 12,8 % затрудняются ответить на данный вопрос (рис. 1). Данные свидетельствуют о том, что покупатели аптечной продукции включены в систему программ лояльности и, учитывая, что большая часть считает наличие таких программ важным, данная практика актуальна и востребована.

Установлено, что респонденты достаточно часто пользуются программами лояльности в аптечных учреждениях. Так, 17,1 % их используют всегда, 31,6 % – в большинстве случаев, 28,2 % – иногда, а 23 % опрошенных – редко или вовсе никогда не пользуются бонусными программами (рис. 2). Однако, сопоставляя данные, видно, что картина актуальности в теории и на практике отличается. Наличие программ лояльности важно для большинства покупателей, но к их практическому применению приходит в 3 раза меньший процент потребителей.

Предпочтения по типу программы лояльности 55,1 % потребителей отдают системе накопления бонусов, 54,7 % склоняются к фиксированной скидке, 28,2 % выбирают скидку, в зависимости от уровня клиента, а 23,5 % – к получению кешбэка (рис. 3). Это говорит о разнообразии форм лояльности и о том, что покупатели следят за изменениями программ. Неожиданным результатом стало то, что накопление баллов выбрали чуть большее количество человек, нежели фиксированным скидкам. Поскольку в дальнейшем один из частых ответов на вопрос: «Что бы Вы хотели изменить в программах лояльности», стало как раз наличие скидки.

В ходе исследования была оценена вероятность покупки товара, предложенного фармацевтическим работником, со скидкой, 55,1 % опрошенных склоняются к вариантам ответа «Точно куплю» и «Скорее всего куплю». Это подтверждает мысль о том, что покупатели заинтересованы в такой форме лояльности, как скидка. Также было установлено, что в приоритете у потребителей находятся программы лояльности таких аптечных сетей, как «Волгофарм» (40,6 %), «Апрель» (32,1 %), «Вита» (27,8 %), «Аптека.ру» (25,2 %). Ещё одним примечанием по данному открытому вопросу стало то, что респонденты вкуче привели достаточно широкий список аптек, начиная от известных и до каких-либо единичных. Следовательно, программа лояльности сконцентрирована не только в центре аптечного товарооборота, но и локализована точно. Вероятно, аптеки используют программы лояльности, в том числе и для повышения конкурентоспособности на рынке.

Отсюда интересны основы каузальности использования программ лояльности как преимущество перед конкурентами. По мнению большинства опрошенных, аптечные сети с действующей программой лояльности вызывают больше доверия у покупателей (рис. 4) и имеют преимущества в сравнении с аптечными организациями, не имеющими бонусные программы (рис. 5). То есть доверие – это один из показателей, который способна повысить программа лояльности. Второй, который мы выявили в ходе исследования – это охват и удержание клиентов для организаций.

Одним из практически значимых вопросов для будущего потенциального развития программ лояльности среди аптечных организаций, был задан покупателям таким образом: «Какие изменения Вы бы внесли в действующие программы лояльности аптечных организаций?». Важными нам показались ответы респондентов: «чтобы карты были больше скидочные, чем накопительные», «возможность списания бонусов как при посещении офлайн аптеки, так и при заказе через интернет», «больше бонусов, скидок для определенных групп населения (пенсионеров, молодых мам и т. д.)», «приложение аптеки, где можно отслеживать бонусы, скидки и т. п.». Очевидно, покупателей в данном вопросе волнуют социальная сторона, удобство использования и отсутствие временного ограничения использования привилегий программы.

Выводы. В завершение стоит вернуться к нашей исследовательской гипотезе. Мы пришли к ее подтверждению, поскольку эмпирически количественные данные нам действительно показывают тенденцию применения на практике покупателями программ лояльности, потому мы можем утверждать, что для волгоградских покупателей они актуальны. Исходя из приведенных данных о широте охвата таких программ среди аптек, мы также можем сказать о высоком уровне их популяризации.

Список литературы

1. Беляева Е. Т. Виды программ лояльности // Научные исследования. – № 10 (11). 2016. – М.: С. 45–50.
2. Герия И. А. Программы лояльности и оценка их эффективности // Научно-практический журнал «Управление и экономика в XXI веке». – № 1/2015. – 2015. – С. 47–52.
3. Иванюк, А. К. Адаптивная коммуникационная клиентоориентированная стратегия или алгоритм использования программ лояльности / А. К. Иванюк, И. В. Аракелова // Маркетинг в России и за рубежом. – 2016. – № 1. – С. 20–25. – EDN VQYCHJ.
4. Поведение потребителей: учебное пособие для студентов специальности «Маркетинг» / авт.-сост.: Т. Н. Байбардина, Г. Н. Кожухова, А. Я. Якимик. – Гомель, БТЭУ, 2009. – 180 с.
5. Шарипова Н. А. Инструменты программы лояльности // Сибирский торгово-экономический журнал. – № 2 (20). – Омск: 2015. – С. 59–60.

Приложение 1

5. Какое значение для Вас имеет наличие программы лояльности в аптечной организации?

234 ответа

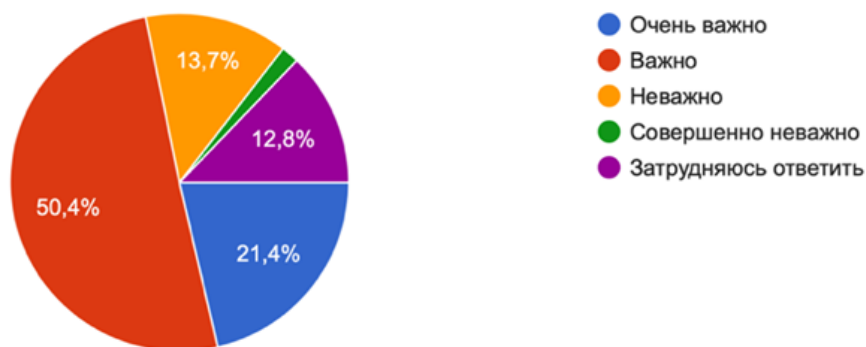


Рис. 1. Результаты ответов на поставленный вопрос

6. Как часто Вы пользуетесь программами лояльности в аптечных организациях?

234 ответа

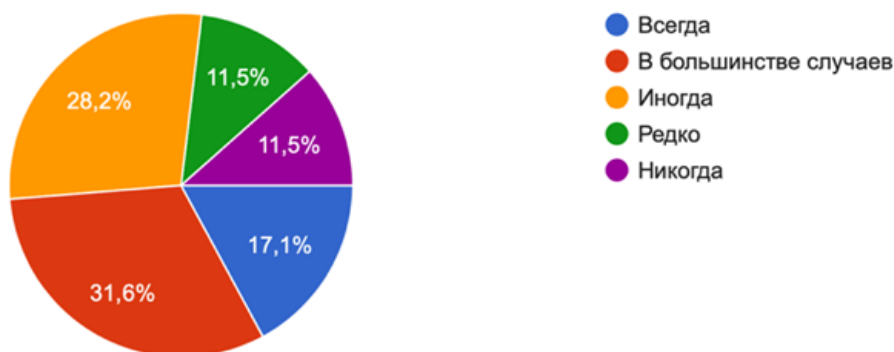


Рис. 2. Результаты ответов на поставленный вопрос

7. Какой тип программы лояльности Вы предпочитаете?

234 ответа

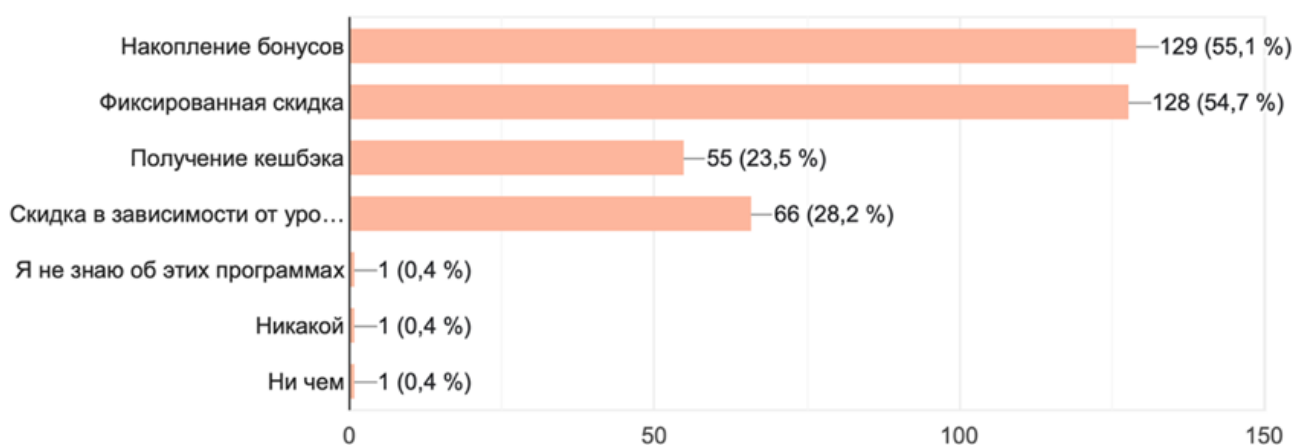


Рис. 3. Результаты ответов на поставленный вопрос

11. Согласны ли Вы с тем, что аптечные сети с действующей программой лояльности вызывают больше доверия у покупателей?

234 ответа

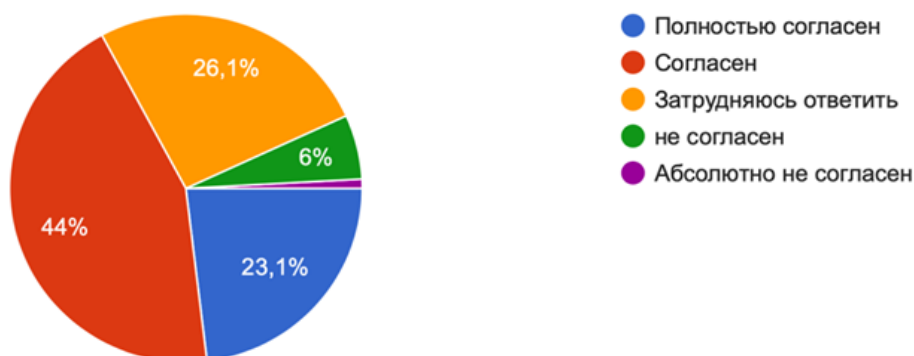


Рис. 4. Результаты ответов на поставленный вопрос

УДК 339.1

СОВРЕМЕННЫЕ ЦИФРОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ КУЛЬТУРА НАСЕЛЕНИЯ

Алексеева Вероника Юрьевна, Зотова Надежда Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента

Волгоградского государственного медицинского университета

Аракелова Ирина Владимировна

Введение. Современные изобретения и открытия в медицине позволяют повысить качество медицинской помощи, оказываемой пациентам, а также способствуют развитию удобных цифровых медицинских технологий для организации профилактических мероприятий населению.

Целью данной работы является исследование современных тенденций на рынке медицинского оборудования, используемого в повседневной жизни граждан для оценки состояния своего здоровья.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи:

1. Проанализировать рынок современного медицинского оборудования, ориентированного на потребительский рынок.
2. Исследовать состояние развития медицинской культуры населения.

Материалы и методы. В качестве методологической основы реализации цели используются системный, комплексный подходы, анализа и синтеза информации.

Результаты и обсуждение. К настоящему времени фармацевтический рынок предлагает огромный спектр новых лекарственных средств, рынок промышленного медицинского оборудования – высокотехнологичные, в том числе телемедицинские приборы, которые можно использовать в домашних условиях, с одной стороны. С другой стороны, развитие медицинских технологий позволяет дистанционно наблюдать пациентов. Всё больше людей начинают задумываться о своем здоровье. Новые возможности медицины, развитие телемедицинских технологий, цифровая трансформация экономики, формирование медицинской культуры граждан позволяют говорить о росте спроса на определенные типы медицинского оборудования. Рассмотрим некоторые из них.

Недавно была создана система IBM Watson, предназначенная для диагностики и разработки оптимальных методик лечения. Программа AI for Health была запущена корпорацией Microsoft. В рамках этой программы исследователи могут предоставлять информацию своевременно, быстро находить решения для борьбы с заболеваниями.

Цифровые технологии закладывают основу для роста эффективности системы здравоохранения, расширения возможностей отслеживания показателей здоровья и повышения качества и безопасности лечения с помощью использования искусственного интеллекта и персонализированной медицины.

Каждый год рынок цифровых технологий в здравоохранении увеличивается на четверть. По данным Global Market Insight, к 2024 году его объем достигнет 116 млрд долларов. Быстрые темпы роста обусловлены активной поддержкой со стороны государств. Спросом пользуется медицинский интернет вещей (The Internet of Medical Things – IoMT) – различные устройства с функцией обмена данных через глобальную сеть.

Активная цифровизация медицины привела к наличию огромных данных о пациентах, конкретных случаях заболеваний и историях лечения. Так, прогнозируется, что к 2025 году объем медицинских данных составит 1 зетабайт (триллион гигабайт). Big Data позволит принимать обоснованные решения как о выборе наиболее эффективных методов диагностики и лечения конкретного пациента, так и для составления медицинских прогнозов и способа организации помощи в целом.

Выводы. Подводя итог, хотелось бы отметить, что приоритетными направлениями для развития медицинской культуры у населения являются пропаганда со стороны медицинского сообщества современных цифровых медицинских технологий и оборудования, которые в домашних условиях позволяют гражданам следить за своим здоровьем и своевременно обращаться за медицинской помощью.

Список литературы

1. Алексунин В. А. Медицинские услуги: специальные маркетинговые исследования / В. А. Алексунин // Маркетинг и маркетинговые исследования, 2008. С. 53–57.
2. Алексунин В. А. Маркетинговое исследование рынка платных медицинских услуг Краснодарского края / В. А. Алексунин, С. А. Митьков // Маркетинг в России и за рубежом. 2009. № 5. С. 74–80.
3. Малахова Н. Г. Реклама и спрос на медицинские услуги / Н. Г. Малахова // Здравоохранение. 2007. № 9. С. 133.
4. Чернышов Ю. Н. Информационные технологии в бизнесе: от теории к практике. М. Радио и связь. 2005. С. 192.
5. Программа AI for Health URL: https://zdrav.expert/index.php/Продукт:IBM_Watson_Health

УДК 339.138

ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГА НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

Рай Аман (Индия)

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Кудряшова Инна Владимировна

Введение. Маркетинг на рынке медицинских услуг в России имеет свои отличительные черты и этапы развития. Рынок медицины растет быстрыми темпами не только за счет количества потребителей, но и за счет постоянного открытия новых медицинских учреждений, в том числе и частных. Кроме этого, развитие научно-технического прогресса способствует улучшению качества услуг и росту их количества. Именно маркетинговые технологии помогут медицинским учреждениям обеспечить управление поведением потребителя медицинских услуг, увеличить уровень доверия и заинтересованности медицинским учреждением.

Цели и задачи. Изучение особенностей маркетинга на рынке медицинских услуг в России и разработка практических рекомендаций по совершенствованию продвижения услуг для медицинского учреждения.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач в исследовании темы маркетингового обеспечения деятельности медицинских организаций в условиях цифровизации в России мы опираемся на использование системного подхода в изучении применения маркетинговых технологий в сфере здравоохранения, методов поиска информации, обобщения, сравнения, анализа и синтеза полученных данных.

Результаты и обсуждение. Маркетинг – это система организации управленческой деятельности, направленная на удовлетворение человеческих потребностей, в основе которой лежит информация о рынке.

Для организации здравоохранения главной задачей является удовлетворение потребностей людей в медицинской помощи. Возникновение новых потребностей стимулирует систему здравоохранения производить более качественную продукцию, а также оказывать квалифицированную медицинскую помощь населению. Основная идея организации работы медицинской организации опирается на то, что человеческие потребности с течением времени изменяются, а достижения современной науки и техники позволяют использовать новейшие методы лечения и диагностики различных заболеваний.

Появление маркетинга на рынке медицинских услуг связано, во-первых, со стремлением предпринимателя к получению прибыли, во-вторых, со стремлением потребителя получать наиболее качественную медицинскую помощь. Таким образом, деятельность маркетолога должна быть направлена на получение максимальной прибыли, обеспечение качественной подготовки кадров и оказание квалифицированной медицинской помощи населению, для того чтобы в дальнейшем пациент воспользовался услугами этой же медицинской организации [1].

Следует отметить, что в России широкое распространение получили платные медицинские услуги. Платные медицинские услуги наряду с частными клиниками, все более активно оказывают и государственные медицинские учреждения. В связи с этим возникла необходимость применения маркетинговых подходов для успешного продвижения платных медицинских услуг.

Предпосылками и особенностями возникновения маркетинга медицинских услуг в нашей стране явились [2]:

1. увеличение затрат медицинских учреждений на оказание услуг в связи с применением новых технологий лечения, более совершенного оборудования, новых лекарственных средств;
2. повышение требований к качеству медицинских услуг в условиях роста объема платных услуг.
3. изменения методов финансирования медицинских учреждений с развитием нового хозяйственного механизма;

4. развитие коммерческих медицинских учреждений, функционирование которых предполагает получение прибыли от реализации услуг;

5. появление новых источников финансирования, независимых от государства, в лице страховых компаний, самих покупателей медицинских услуг.

Дальнейшие перспективы развития маркетинга напрямую связаны с развитием науки и техники, а также системы коммуникаций. То, что на первый взгляд кажется оптимальным и удобным не всегда может помочь в оказании качественной медицинской помощи. Пациенты все реже обращаются за помощью в медицинские учреждения, зачастую предпочитают сэкономить время и деньги и посмотреть информацию о симптоматике своего состояния в интернете или в приложении. То есть, происходит утрата отношений «врач-пациент», и визиты в медицинские организации заменяются на использование различных приложений или дистанционное получение медицинской помощи [3].

Таким образом, можно сказать, что предпосылки развития маркетинга в организации здравоохранения заключаются в том, что непрерывно растёт и изменяется спрос на медицинские услуги, что стимулирует предпринимателей к созданию системы, направленной на максимальное удовлетворение потребностей пациентов.

Медицинский маркетинг принесет организациям большую пользу при условии, что система маркетинга будет налажена так, что организации здравоохранения будут повышать свою репутацию и значимость, оказывая квалифицированную медицинскую помощь и осуществляя качественную подготовку кадров, вследствие чего появится спрос на получение услуг именно в этой медицинской организации.

Выводы. Таким образом, именно маркетинговые механизмы помогут медицинским учреждениям обеспечить управление поведением потребителя медицинских услуг, увеличить заинтересованность медицинским учреждением и создать доверие к нему.

Маркетинговая деятельность в медицине имеет особое назначение в обществе, которое выражается в просветительской работе, попытке сформировать стиль жизни, привычку следить за здоровьем, изменить поведенческие характеристики потребителей и, как следствие, снизить уровень заболеваемости и смертности. С помощью медицинского маркетинга прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги путем их разработки, продвижения и реализации.

Список литературы

1. Магдиева, Н. Т. Перспективы развития маркетинга в медицине: проблемы и противоречия / Н. Т. Магдиева, Х. М. Супуралиева // Russian Economic Bulletin. – 2022. – Т. 5. – № 2. – С. 45–49.
2. Маркетинг в медицине: его особенности и примеры использования – Текст: электронный. – <https://www.bigtime.ventures/ru/blog/marketing-v-meditsine-ego-osobennosti-i-primery-ispolzovaniya> (дата обращения: 18.10.2022).
3. Сагидов, А. К. Современные особенности маркетинга медицинских услуг в России / А. К. Сагидов // Вопросы структуризации экономики. – 2017. – № 1. – С. 211–214.

УДК 338.984

ОЦЕНКА БРЕНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Блинова Валерия Александровна

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

Введение. Медицинские учреждения должны иметь собственные бренды, способствующие их узнаванию среди потенциальных пациентов. Брэинг в здравоохранении помогает потребителю сориентироваться с выбором места оказания медицинской услуги, при этом становясь

своеобразной гарантией качества предоставляемых услуг. Развитие новых средств коммуникаций усложнило для медицинских учреждений общение с потенциальными пациентами, поэтому игнорировать управление брендовой политикой для них опасно, так как это может привести к распространению негативной информации об организации среди массовой аудитории и потере клиентской базы.

Цели и задачи. Основная цель рассматриваемого материала – создание бренда медицинской организации, чтобы добиться расположения и узнаваемости среди пациентов. При этом решаются такие задачи как: донесение до потенциальных потребителей текстовой, графической составляющей и дескрипторов [3].

Материалы и методы. В процессе написания тезисов были использованы учебники, учебные пособия, а также такие методы, как анализ, сравнение и синтез.

Результаты и обсуждение. Для оценки бренда, как правило, используются такие базовые характеристики как: содержание бренда; уровень продвинутости; визуальный образ марки, формируемый в потребительском восприятии; эмоциональные и функциональные ассоциации, выражаемые потенциальными и реальными потребителями; сила бренда, степень известности торговой марки у потребителей; словесный товарный знак; стоимостные оценки, показатели и прочее [2].

Первичным звеном в создании бренда медицинской организации является логотип. Как правило он состоит из нескольких элементов:

- текстовой составляющей, которая представляет собой название медицинской организации;
- графической составляющей. Это главная часть логотипа в виде картинки, символа, обозначения, благодаря которому и запоминается сам бренд;
- дескриптора, то есть уточняющего элемента, которым может быть, как слоган медицинской организации, так и род деятельности или другая информация, неясная из названия или необходимая для определения принадлежности бренда [1].

Все перечисленные составляющие визуального образа бренда важны, так как визуальный образ является главным инструментом, который способствует обеспечению узнаваемости бренда и его идентификации в сознании потребителей [4].

Выводы. Таким образом, визуальный образ бренда обеспечивает его узнаваемость, идентификацию, он способен выделить конкретный бренд на фоне конкурентов. Психологи установили, что зрение – самый мощный из органов чувств человека [1]. Поэтому именно визуализации бренда отводится одна из ведущих ролей в его продвижении. Более того, именно визуальный образ является главным «оружием» производителя на стадии, когда товар вступает в непосредственный контакт с потребителем, то есть на полке магазина, в момент покупки.

Список литературы

1. Брендинг / Н. В. Каленская, Н. Г. Антонченко. – Казань: «Абзац», 2019. – 125 с.
2. Брендинг: учебник и практикум для вузов / В. Н. Домнин. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – 493 с. – (Высшее образование). – Текст: непосредственный.
3. Гавриков А., Давыдов В., Федоров М. Интернет-маркетинг. Настольная книга digital-маркетолога. М.: АСТ. – 2019. – 352 с.
4. Изакова Н. Б., Солосиченко Т. Ж. Методический подход к оценке эффективности управления брендом частных медицинских клиник // Вопросы управления. – 2021. – № 5 (72). – С. 118–123.

УДК 330.16

ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ**Бурнадз Татьяна Игоревна**

Россия, Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Введение. Цели медицинской организации – выздоровление человека, достижение стойкой ремиссии и избавление от страданий – могут быть достигнуты в результате эффективной работы медицинской организации как субъекта экономики. В связи с этим возникает необходимость использовать новые рыночные подходы к обеспечению стратегической конкурентоспособности и финансовой стабильности, в частности управление имиджем организации.

Понятие имиджа применительно к медицине и к медицинской организации является новым и не имеет теоретическую основу в связи с отсутствием структурно-методологической концепции имиджа в контексте системы здравоохранения.

Цель исследования – анализ понятия имиджа в целом, применительно для медицинской организации в частности.

Результаты и обсуждение. Отбор научных источников, необходимых для системного анализа проблемы исследования, проводился с помощью метода PRISMA. В результате были отобраны 174 источника информации, содержащие необходимые и пригодные для анализа и синтеза теоретические данные, из которых для анализа понятия имиджа в целом, так и применительно для медицинской организации в частности, были отобраны десять наиболее цитируемых публикаций в НЭБ eLIBRARY.RU без ограничений по временному периоду. В таблице представлены названия этих публикаций, краткое изложение их содержания и общее количество цитирований.

*Таблица***Анализ содержания первых 10 наиболее цитируемых публикаций в НЭБ eLIBRARY.RU, посвящённых анализу понятия имиджа**

Авторы и название статьи	Научная область и содержание статьи	Цитирования
Тхориков Б. А., Спичак И. В. (2008). Разработка технологии управления имиджем медицинского учреждения	Социология. Установлены структурные элементы имиджевой среды медицинской организации, диагностика и управление которыми позволяет оптимизировать деятельность медицинской организации [1].	12
Мацько В. В., Мамаева В. Ю. (2016). «Эволюция понятия имидж. Цифровой имидж»	Экономика. Представление исторической ретроспективы понятия имидж. Описание периодизации подходов к формированию имиджа. Имидж сегодня – объект управления, в том числе и в цифровой среде, влияющий на положение организации на рынке [2].	9
Минеев А. Н. (2017). Исследование рынка платных медицинских услуг и имиджа медицинской организации	Маркетинг. Рост рынка медицинских услуг определяет роль имиджа медицинской организации в борьбе за потребителя. Положительный имидж – инструмент привлечения клиентов [3].	9
Воронцова О. Г. (2008). Роль и значение имиджа в формировании конкурентоспособности современной организации	Маркетинг. Представлена развернутая типология имиджа. Определена роль специфических видов имиджа. Указана связь имиджа с маркетинговыми коммуникациями и паблик рилейшнс. Имидж рассматривается как неотъемлемый элемент стратегии любой организации [4].	6

Окончание таблицы

Авторы и название статьи	Научная область и содержание статьи	Цитирование
Просалова В. С. (2017). Оценка имиджа медицинской организации	Экономика и управление. Проанализировано понятие «имидж»: приведены примеры авторских определений Панасюка А. Ю., согласно которому имидж – это мнение об организации группы людей на основе образа; Тульчинского Л. Г. – это представление о том, что и как делает организация; Рида С. – это «лицо» организации. По мнению автора имидж – фактор укрепления конкурентных позиций [5].	5
Белавенцева А. В., Сараева О. Н. (2020). Особенности управления имиджем медицинского учреждения	Экономика. По мнению авторов имидж медицинской организации зависит от качества медицинских услуг. Имидж медицинского учреждения влияет не только на спрос, но и на здоровье нации в целом [6].	2
Яркина А. О., Жумабаева Д. П. (2019). Формирование и поддержание имиджа коммерческого лечебно-профилактического учреждения	Социология. Имидж рассматривается как элемент маркетинговой стратегии. Положительный имидж выступает стимулом выбора организации [7].	2
Колесникова С. С., Василенко М. А. (2021). О значении бренда и имиджа в маркетинге медицинских услуг	Экономика и управление. Проанализирована связь бренда врача и имиджа медицинской организации – взаимно влияя друг на друга являются факторами стратегии и тактики в условиях рыночной конкуренции [8].	1
Бойко С. Л., Снежицкий В. А., Сурмач М. Ю. (2020). Концепция имиджа в здравоохранении	Организация здравоохранения. Разработана структурно-методологическая концепция имиджа в здравоохранении. Проведен анализ термина «имидж здравоохранения». Имидж по мнению исследователей – это целенаправленно формируемый мысленный образ, тождественный понятию «престиж» [9].	0
Коростелев С. А. (2018). Формирование имиджа медицинского заведения	Управление здравоохранением. Определена низкая степень разработанности области знаний, связанной с изучением имиджа в отношении государственной медицинской организации. Проанализирована структура и компоненты имиджевой среды учреждения здравоохранения. Авторский термин имиджа медицинской организации включает связь с образом субъекта управления и качеством медицинских услуг [10].	0

Ряд исследователей определяют имидж как образ организации, другие считают его детерминантой внутренних процессов.

Выводы. Анализ релевантных публикаций, размещенных в НЭБ eLIBRARY.RU, позволяет судить об отсутствии единого подхода к понятию «имидж» в научной среде РФ и ближнего зарубежья. Для повышения результативности применения технологий управления имиджем в здравоохранении целесообразно формализовать единую теоретическую базу в результате структурно-методологического анализа имиджа на примере конкретных медицинских организаций.

Список литературы

1. Тхориков Б. А., Спичак И. В. Разработка технологии управления имиджем медицинского учреждения // *НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право.* – 2008. – Т. 4. – № 8 (48).
2. Мацько В. В., Мамаева В. Ю. Эволюция понятия имидж. Цифровой имидж // *Наука и образование: проблемы и тенденции развития.* – 2016. – № 1. – С. 104–107.

3. Минеев А. Н. Исследования рынка платных медицинских услуг и имиджа медицинской организации // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2017. – № 6 (100). – С. 45.
4. Воронцова О. Г. Роль и значение имиджа в формировании конкурентноспособности современной организации // Социально-экономические и технические системы: исследование, проектирование, оптимизация. – 2008. – № 43. – С. 4–4.
5. Просалова В. С. Оценка имиджа медицинской организации // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2017. – Т. 6. – № 3 (20). – С. 285–288.
6. Белавенцева А. В., Сараева О. Н. Особенности управления имиджем медицинского учреждения // Global and Regional Research. – 2020. – Т. 2. – № 2. – С. 221–227.
7. Яркина А. О., Жумабаева Д. П. Формирование и поддержание имиджа коммерческого лечебно-профилактического учреждения // Социальные науки. – 2019. – № 2. – С. 62–68.
8. Колесникова С. С., Василенко М. А. Экономика и управление: проблемы, решения // Экономика и управление. – 2021. – Т. 1. – № 11. – С. 97–101.
9. Бойко С. Л., Снежицкий В. А., Сурмач М. Ю. Концепция имиджа в здравоохранении // Здравоохранение (Минск). – 2020. – № 4. – С. 14–20.
10. Коростелев С. А. и др. Формирование имиджа медицинского заведения // Дневник казанской медицинской школы. – 2018. – № 3. – С. 57–61.

УДК 330.16

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Борисенко Данила Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. В современных условиях высокой конкуренции на рынке медицинских услуг становятся востребованными новые подходы, формы и технологии маркетинговой деятельности медицинских учреждений.

Цели и задачи. Работа посвящена выявлению эффективных технологий маркетинговой деятельности медицинских организаций. Для достижения указанной цели необходимо провести теоретический анализ базовых категорий, рассмотреть принципы и инструменты реализации маркетинговой деятельности медицинских организаций, изучить пациент-ориентированный подход.

Материалы и методы. Теоретической и методологической основой исследования послужили фундаментальные основы и концепции, представленные в трудах российских и зарубежных ученых, практиков в области маркетинга. При реализации цели и задач в исследовании использовались такие научные методы, как анализ и синтез информации, сравнение.

Результаты и обсуждение. Маркетинговую деятельность можно охарактеризовать как управленческую деятельность, направленную на удовлетворение общественных потребностей в материальных и нематериальных благах путем моделирования, производства и распределения товаров и услуг, а также потребностей учреждения, которые нуждаются в максимизации прибыли или в удержании рынка.

Маркетинговая деятельность включает в себя исследование потребностей клиента, анализ конкурентов и ценовой политики на рынке, разработку новых услуг, которые может оказать учреждение, формирование ценовой политики, продвижение услуг или товаров, увеличение спроса на продукт и повышения лояльности.

Для эффективной работы учреждения требуется управлять множеством процессов, направленных на взаимосвязь с окружающей средой, и насыщать рынок товарами или услугами. Данная

система должна быть адаптивной и постоянно отвечать на внешние раздражители в виде роста конкуренции или снижения количества потребителей. Любое учреждение, независимо является оно медицинским или нет, представляет собой систему, в которой происходит взаимодействие элементов, под ними понимается потребитель и организация, которые должны работать вместе. Одним из самых эффективных методов поднятия лояльности является пациент-ориентированность.

Создание пациент-ориентированной среды в медицинском учреждении базируется на следующих аспектах: формирование корпоративной культуры, оптимизация бизнес-процессов и поддержание качественной медицинской деятельности. Основной задачей пациент-ориентированности является создание эффективной коммуникации между пациентом, персоналом клиники и врачами. Пациенты зачастую оценивают качество медицинских услуг субъективно, а основным критерием оценки является комфорт в ожидании приема специалиста и непосредственная консультация с врачом [1]. Целенаправленное управление и развитая корпоративная культура клиники играют большую роль в формировании пациент-ориентированности, которая во многом начинается с ориентированности на сотрудника. Такой вид ориентирования является внутренней пациент-ориентированностью, в которой внимания уделяется на сотрудников [2]. Важно учитывать следующие факторы:

- Пациент-ориентированность реализуется, а не приобретает;
- Если руководитель компании ориентирован на пациента, шансы на то, что учреждение будет ориентировано на пациента, значительно возрастают;
- Компания станет пациент-ориентированной только тогда, когда все сотрудники станут пациент-ориентированными.

Поэтому руководству компании следует уделять особое внимание развитию внутренней пациент-ориентированности сотрудников, так как от этого напрямую зависит уровень удовлетворения потребностей пациента, а значит – успех клиники как целое.

Внешняя пациент-ориентированность нацелена на построение долгосрочных отношений с пациентами, что позволит создать базу потребителей. База позволит иметь систематический ежегодный доход, что даст возможность переживать кризисы такие как: финансовый, циклический и отраслевой. Помимо базы клиентов, пациенты будут рекомендовать клинику знакомым, что является бесплатной рекламой.

Выводы. Одним из лучших инструментов совершенствования управления маркетинговой деятельности медицинских учреждений является пациент-ориентированный подход, который взаимодействует не только с обществом, как обычная реклама, но и с персоналом учреждения, помогая нормировать его поведение и стиль общения.

Список литературы

1. Андерсон, Кристин; Керр, Кэрл Менеджмент, ориентированный на потребителя; ФАИР – Пресс – М., 2003. – 288 с.
2. Стоун, Мерлин; Водок, Нейл; Этингер, Лиз Маркетинг, ориентированный на потребителя; ФАИР – Пресс – М., 2003. – 336 с.

УДК 339.1

НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Борисенко Данила Сергеевич, Абакунов Артём Вадимович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Аракелова Ирина Владимировна

Введение. Актуальность темы обусловлена рядом факторов. Во-первых, современный потребитель изменился. Цифровая трансформация экономики скорректировала потребительское поведение. Во-вторых, сфера здравоохранения очень восприимчива к инновациям в деятельности

медицинских организаций. Более того, все инновации в области медицины, технологий управления, маркетинга, в первую очередь, внедряются в сфере здравоохранения. Этому подтверждение реализация национальных, федеральных и региональных проектов таких, как «Цифровое здравоохранение», «Экспорт медицинских услуг». Главная цель государственных проектов в здравоохранении – улучшение качества медицинской помощи населению, профилактика различных заболеваний, удовлетворенность пациентов качеством получаемых медицинских услуг.

Целью исследования является теоретическое обоснование и выявление современных тенденций в поведении населения в оценке качества медицинских услуг и деятельности медицинских организаций. Для достижения указанной цели необходимо решение следующих **задач**:

1. проанализировать ключевых субъектов в медицинском маркетинге, их задачи;
2. исследовать влияние мобильных приложений и мобильных версий сайтов лечебных учреждений на формирование лояльности пациентов к медицинской организации.

Теоретической и методологической основой исследования послужили фундаментальные основы и концепции, представленные в трудах российских и зарубежных, ученых, практиков в области маркетинга. При реализации цели и задач в исследовании использовались такие научные методы, как анализ и синтез информации, сравнение.

Результаты и обсуждения. Маркетинг – это совокупность процессов, которые привлекают новых клиентов различными методами, и главное – на выгодных для организации условиях [1].

В медицинском маркетинге традиционно присутствуют три контактные группы такие, как «врач-пациент», «клиника-пациент» и «государство-пациент». В системе отношений «врач-пациент» задача врача заключается в оказании качественной медицинской помощи, формировании лояльности пациентов. В отношениях клиники и пациента главным является, со стороны лечебного учреждения, формирование бренда медицинской организации, которой можно доверять. На уровне «государство-пациент», главные задачи – обеспечение возможностей, условий, а также мотивации у населения для ведения здорового образа жизни и учитывать отношение общества к вакцинации.

В условиях цифровой трансформации системы здравоохранения сайты, мобильные приложения медицинских организаций становятся точками контакта с пациентами. По данным исследования SlickJump» [2] отметим, что 81 % людей выходят в интернет с помощью мобильных устройств. Таким образом, большинство клиентов будет видеть мобильные варианты сайтов или приложений. Но в настоящее время большинство государственных поликлиник не имеют мобильную версию сайта, мобильных приложений. Для потребителя становится важным фактором в оценке организации социальная ответственность и прозрачность. Агентство «Edelman» ещё в 2020 году выяснило, что потребители, считают доверие главным фактором при принятии решения о покупке. В разгар пандемии эта идея только укрепилась: пользователи готовы покупать и возвращаться к брендам, которым они доверяют» [3].

Выводы. В заключении отметим, что в настоящее время для пациента важным критерием при выборе медицинской организации являются качество оказываемой медицинской помощи, прозрачность деятельности, цифровая зрелость. Под цифровой зрелостью пациент понимает удобный сервис для записи на прием к врачу, возможность получить полную информацию о расписании врачей, обратную связь от медицинской организации.

Список литературы

1. Аракелова И. В., Брамник И. В. Новые аспекты маркетинга медицинских услуг / Аракелова И. В., Брамник И. В. [Текст] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». – Волгоград: ВолгГМУ, 2019. – С. 318–321.
2. Мобильный трафик в рунете / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://goo.su/dGI9qbS> (Дата обращения 11.10.2022)
3. Тренды маркетинга / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://clck.ru/aoMXv> (дата обращения 11.10.2022)

УДК 338.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Вейгендт Валерия Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Управленческие решения принимаются на всех уровнях менеджмента в соответствии с функциональными обязанностями работников организации. Реализуя управленческие решения на практике, руководитель определяет средства их осуществления, а также выбирает ответственных лиц и сроки их исполнения. Безусловно, почти вся деятельность административного аппарата сводится к принятию решений и организации их выполнения. Для того чтобы успешно осуществлять управление, руководителю необходимо не только обладать соответствующими умениями и навыками, но и обладать знаниями в области управления, уметь эффективно использовать на практике разработанные классиками менеджмента методы [1].

Цели и задачи. Изучение системы принятия управленческих решений в медицинской организации и разработка рекомендаций по ее совершенствованию на примере стоматологической клиники ООО «Зонд».

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, сравнение, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. Как и в любой другой организации от эффективности принятия управленческих решений в ООО «Зонд» зависит успешность хозяйственной деятельности и конкурентное положение на занимаемом рынке. Для повышения эффективности процесса разработки и реализации управленческих решений администрации стоматологической клиники необходимо реализовать на практике следующие мероприятия: 1) организовать эффективную обратную связь (осуществление приема по срочным и несрочным вопросам, создание коммуникативных каналов как online, так и через e-mail); 2) автоматизировать сбор данных и провести на их основании анализ между сотрудниками ЛПУ; 3) провести оценку социальной, технологической и экономической эффективности по каждому из предлагаемых управленческих решений; 4) согласовать с сотрудниками алгоритм принятия управленческих решений на рабочем месте; 5) разработать мероприятия, направленные на количественные и качественные изменения трудовой деятельности и поля личной ответственности работников с учетом вероятности наступления непредвиденных обстоятельств).

По итогам предложенных рекомендаций ООО «Зонд» в ближайшее время сможет осуществить:

- введение новых видов услуг;
- организацию воронки продаж, что позволит расширить поток клиентов и увеличить прибыль клиники;
- делегирование части полномочий главного врача администратору клиники.

Ожидается, что реализация описанных выше мер на практике позволит улучшить работу клиники за счет роста доходов на 22%.

Выводы. Принятие грамотного управленческого решения является сложным процессом, и, тем не менее, считается эффективным, если выполняются условия его своевременности, обоснованности и реализуемости. На эффективность принимаемого решения огромное влияние должны оказывать личные качества и заинтересованность лиц, принимающих, непосредственно, его [2]. Во избежание возникновения различных типовых ошибок и ловушек при принятии

любого рода решений, руководству любой организации необходимо иметь в наличии продуктивно функционирующую систему мотивации лиц, способствующую успешной реализации намеченных целей [3].

Список литературы

1. Балдин, К. В. *Управленческие решения* / К. В. Балдин, С. Н. Воробьев, В. Б. Уткин. – М.: Дашков и К°, 2019. – 496 с.
2. Вейгендт, В. В. Оценка эффективности управленческого решения (на примере медицинского центра «S Class Clinic») / В. В. Вейгендт // *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Сборник 79-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Волгоградский государственный медицинский университет, Федерация представителей молодежных научных обществ медвузов, Научно-образовательный медицинский кластер ЮФО «Южный», Автономная некоммерческая организация развития образования и науки «Региональная ассоциация университетов», Научное общество молодых ученых и студентов ВолгГМУ. Волгоград, 2021. С. 418–419.*
3. Свиридова, А. С. *Инновационное развитие как фактор конкурентоспособности в России* / А. С. Свиридова, С. Е. Ситникова // *Взаимодействие бизнеса с социально-экономической сферой в условиях модернизации экономики и образования: сборник материалов Ежегодной II Международной научно-практической конференции. – Волгоград. – Издательство ФГБОУ ВПО «Волгоградская государственная академия физической культуры», 2018. – С. 196–200.*

УДК 339.138

АНАЛИЗ СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА В 2015–2021 ГОДАХ

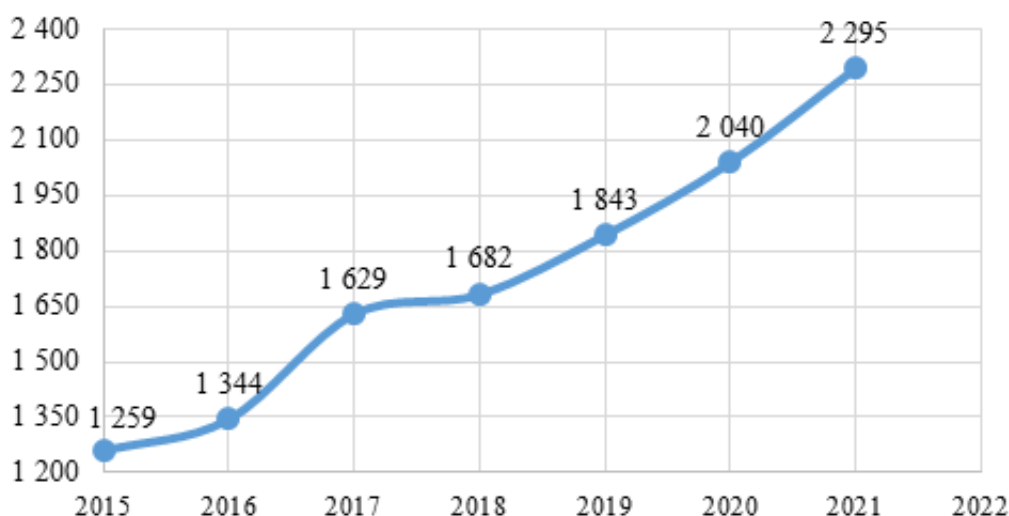
Волохова Виктория Андреевна

Волгоградский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства
и государственной службы при Президенте РФ

Научный руководитель: к. э. н., доцент Евстратов Александр Владимирович

Введение. Фармацевтический рынок является наиболее стабильным, так как имеет социально значимую роль. Также его относят к самым высокодоходным и быстрорастущим в экономике.

Результаты и обсуждение. На рис. 1 показаны объёмы рынка в 2015–2021 гг.



*Рис. 1. Динамика развития российского фармрынка в 2015–2021 гг.
(в стоимостном выражении), млрд рублей*

В соответствии с данными на рис.1 за данный период объём рынка увеличился примерно на 45 %. В результате анализа российского фармрынка в 2015–2021 годах, было установлено, что основными структурными параметрами являются:

1. соотношение государственного и коммерческого сегментов;
2. соотношение рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов;
3. соотношение отечественных и импортных лекарственных препаратов.

Государственный сегмент – это доля рынка, обеспеченная госзакупками (льготное лекарственное обеспечение, больничные закупки). Коммерческий сегмент включает в себя аптечные продажи.



Рис. 2. Соотношение государственного и коммерческого сегментов

На рис. 2 показано, что основной вклад в рост рынка вносил коммерческий сегмент ЛП. Однако наравне с высокой динамикой в коммерческом сегменте, за счёт увеличения больничных закупок, связанных с Covid-19, в 2019–2021 годах «драйвером» роста рынка был госсегмент.

Важность деления ЛП на рецептурные и безрецептурные обусловлена угрозой здоровью, которая может возникнуть у пациентов при «самолечении» лекарствами, содержащими некоторое количество опасных веществ. Определённые препараты отпускаются только по рецепту врача.



Рис. 3. Соотношение продаж рецептурных и безрецептурных ЛП (в стоимостном выражении), в рублях

На рис. 3 можно заметить, что в данный период доля рецептурных препаратов увеличивалась. Необходимо отметить, что в 2020 году была разрешена дистанционная торговля безрецептурными ЛП, и, возможно, продажи этих лекарств увеличатся за счёт их большей доступности.

Соотношение отечественных и импортных ЛП на фармрынке характеризует зависимость от иностранных ЛП.



Рис. 4. Соотношение продаж отечественных и импортных ЛП (в стоимостном выражении), в рублях

Рис. 4 демонстрирует тенденцию, которая свидетельствует о том, что фармрынок России в 2015–2021 годы сильно зависел от импортных поставок ЛП, но в то же время были заметны первые результаты в импортозамещении и увеличении доли отечественных препаратов. Таким образом, можно сделать прогноз объёма российского фармрынка в 2022 году, не учитывая сегмент вакцин против Covid-19.

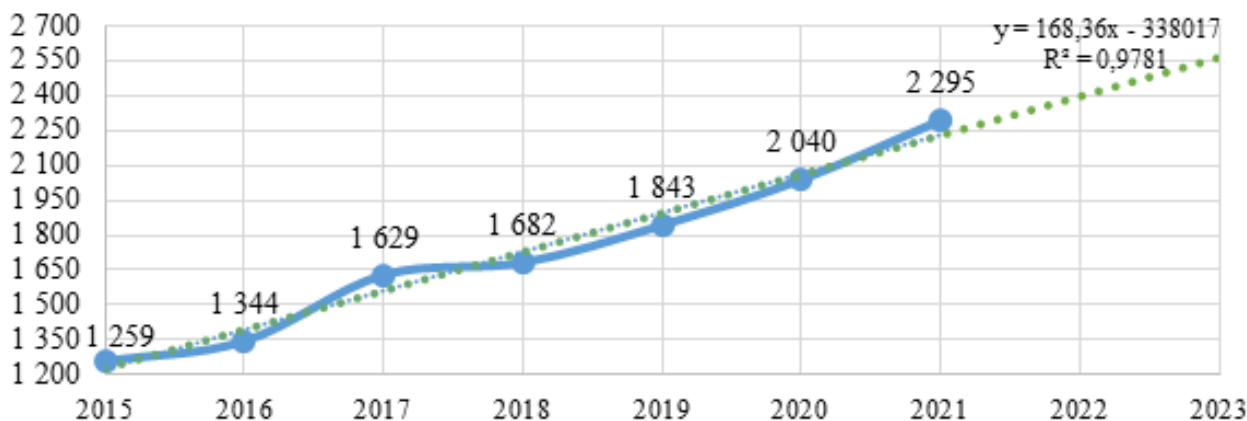


Рис. 5. Прогноз развития российского фармрынка (в стоимостном выражении), млрд рублей

На основании данных (рис. 5) выявлена тенденция роста рынка, ёмкость которого в 2022 году составит приблизительно 2 400 млрд рублей.

Выводы. Проведённый анализ позволяет сделать выводы о том, что в период с 2015 по 2021 год фармацевтический рынок России увеличился примерно на 45%. Рост происходил за счёт коммерческого сектора, но в последние годы наблюдалось и оживление госсектора. Доля безрецептурных препаратов демонстрировала тенденцию к сокращению. Импортные ЛП так же, как и ранее преобладали на рынке.

Список литературы

1. Евстратов, А. В. Процессы слияний и поглощений на фармацевтическом рынке: основные тенденции и перспективы / А. В. Евстратов, Е. В. Репринцева, Н. А. Суворов // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2022 – № 3–2. – С. 174–181.
2. Евстратов, А. В. О формировании экспортной ориентации на российском фармацевтическом рынке / А. В. Евстратов, А. С. Дмитриев // Российский внешнеэкономический вестник. – 2020 – № 7 – С. 25–35.

3. Кривцов, А. И. Влияние цифровизации на развитие фармацевтической промышленности / А. И. Кривцов, А. М. Измайлов, А. В. Заступов, А. В. Евстратов // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2019, № 3. С. 19–26.

4. Овод, А. И. Проблема импортозависимости на фармацевтическом рынке РФ / А. И. Овод, А. В. Евстратов, А. А. Мамаев // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2022. – № 3–1. – С. 99–105.

УДК 336.767

ФАКТОРЫ ИНВЕСТИЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Горбунова Анастасия Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Введение. Формирование инвестиционной активности населения является важным этапом в процессе образования устойчивой рыночной экономики. Инвестиции – это дополнительный источник капиталовложений в производство страны, который может привести к подъему экономического благосостояния, созданию здоровой конкуренции на внутреннем рынке, а следовательно, к повышению качества товаров и созданию новых технологий [1].

В разные периоды времени на инвестиционную активность оказывают влияние различные факторы, которые могут как увеличить количество привлекаемых инвестиций со стороны граждан, так и замедлить этот процесс.

Цель и задачи. Выявление факторов, оказывающих основное влияние на инвестиционную активность населения.

Материалы и методы. Данная проблематика рассматривается рядом авторов: Волковой Т. В. в работе «Инвестиционная активность в России на фоне пандемии COVID-19», Николаевой Т. П. в работе «Формирование и использование сбережений населения для повышения инвестиционного потенциала страны», а также Кипнис Е. А. «Влияние геополитического фактора на инвестиционную деятельность российских компаний».

В своих исследованиях авторы, для решения поставленной цели, использовали метод анализа данных за последние несколько лет. Ими были проанализированы производственные и непроизводственные сферы экономики.

Результаты и обсуждение. Есть множество факторов, влияющих на возможности населения вкладывать свои сбережения в инвестиции. Рассмотрим основные из них более детально.

Для экономического благополучия важно, чтобы уровень инфляции оставался в пределах «нормы». Для России таковой нормой является уровень 4 %. Отклонение значения выше или ниже может приводить к негативным последствиям. На данный момент в России, начиная с февраля 2022, был отмечен резкий скачок в показателях инфляции до 17,83 % и только начиная с апреля данный показатель стал снижаться, достигнув 13,7 % к 26 сентября.

Для инвестиционной активности это плохо в первую очередь потому, что из-за высокой инфляции происходит повышение цен, большая часть людей становится не в состоянии откладывать сбережения, теряет доверие к деньгам и старается их тратить, а не вкладывать. Это, в свою очередь, приводит к малому притоку средств в инвестиционные проекты, следовательно, не дает развития в экономике [2].

Стоит так же отметить пандемию COVID-19, которая в 2020 году привела к мировому кризису, последствия которого можно наблюдать и спустя два года. Тогда произошло масштабное падение объема и нарушение цепочки производства, в то время можно было наблюдать резкий

спад цен на все акции, даже таких гигантов как Газпром, Лукойл, Apple и т.д. В итоге случилось неравномерное перераспределение инвестиций, например: прирост в области обрабатывающей промышленности, и, в то же время, снижение в добыче полезных ископаемых. В долгосрочной перспективе это может привести к трудностям обеспечения непрерывного и эффективного развития экономики, так как отдельные отрасли будут проседать и не поспевать в развитии.

Но можно отметить плюсы пандемии COVID-19 для некоторых областей. Она смогла стать катализатором повышенного интереса инвесторов к медицинским технологиям и образованию, а это, в свою очередь, увеличило количество денег, вкладываемых в здравоохранение и технологические образовательные проекты, что значительно повысило развитие данных областей [3].

Еще одним важным фактором можно отметить геополитическую напряженность, которая затрудняет приток иностранных инвестиций. Что наряду с ужесточением государственного регулирования иностранных капиталовложений, так же приводит к снижению инвестиционной активности населения. Так, например, резкий отток нерезидентов с российской биржи привел к спаду цен на акции и повышению их волатильности. Как результат – сложность прогнозирования возможных выгод для населения при вложении капитала на долгосрочный период, быстрый отток денег из проектов, недостаток финансирования и последующие неблагоприятные результаты [4]. На 01.04.2022 совокупный объем иностранных активов Российской Федерации уменьшился с начала года на 50,2 млрд долларов США. Аналитики прогнозируют данный год как рекордный по снижению доли иностранных инвесторов, что не может не отразиться на инвестиционной активности населения [5].

Демографический фактор также является значимым: создавать сбережения, а затем их вкладывать способно активно работающее население. Если в стране происходит увеличение людей пожилого возраста, находящегося на пенсии, то количество инвестиций в проекты будет ниже, чем если бы была выше доля работоспособного населения. Кроме того, снижение населения в трудоспособном возрасте будет приводить к формированию неуклонной тенденции падения ВВП, а это, в свою очередь, вновь скажется на инвестиционной активности [6].

Выводы. Инвестиционная активность – важный рычаг в формировании устойчивой рыночной экономики. Поэтому знание основных факторов, оказывающих влияние на инвестиционную активность населения, вносит свой вклад в регулирование и прогнозирование экономического положения страны.

Список литературы

1. Николаева, Т. П. Формирование и использование сбережений населения для повышения инвестиционного потенциала страны / Т. П. Николаева // Проблемы экономики и юридической практики. – 2018. – № 3. – С. 66–71. – EDN XSNGAP.
2. Банк России. Динамика потребительских цен. – 2022 – № 8 (80) – С. 27
3. Волкова, Т. В. Инвестиционная активность в России на фоне пандемии COVID-19 / Т. В. Волкова, Л. В. Рахлина // Вестник экономической безопасности. – 2022. – № 1. – С. 250–256. – DOI 10.24412/2414-3995-2022-1-250-256. – EDN IASSTT.
4. Кипнис, Е. А. Влияние геополитического фактора на инвестиционную деятельность российских компаний / Е. А. Кипнис // Евразийский союз ученых. – 2014. – № 5–1. – С. 83–84. – EDN VVDOOL.
5. Банк России. Статистика внешнего сектора I квартал 2022 года.
6. Русановский, В. А. Демографический фактор долгосрочного экономического роста: возможности, ограничения, асимметрия / В. А. Русановский // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. – 2015. – № 5 (59). – С. 41–46. – EDN UXWDOR.

УДК 614.2:338.24

MARKETING APPROACH IN THE FIELD OF MEDICAL SERVICES

Dharshini Mohan (India)

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Ситникова Светлана Евгеньевна

Introduction. For the efficient and uninterrupted operation of the organization, enterprises of any industry must develop a marketing approach in today's global and rapidly developing economy. Particular attention should be paid to the goals of business interaction with customers, as well as new opportunities for creating more effective marketing communication technologies.

Purpose. The purpose of our work is to identify the features of the marketing approach in the field of medical services.

Material and methods. Marketing in healthcare has a number of common functions inherent in any type of management: goal setting (planning), organization, coordination, motivation, accounting and control.

At the same time, other specific functions are characteristic of marketing: environmental analysis and market research, analysis of the production capabilities of a medical institution and the formation of a marketing policy, analysis of consumers (patients), planning of a range of services, planning of a system of tariffs and prices, demand generation and sales promotion, formation of structures of marketing services of healthcare institutions, monitoring the activities of healthcare institutions in the conditions of the medical services market and evaluating its effectiveness.

The promotion function in any service organization consists of efforts to communicate with old, current, and future customers. Customers must be aware of the service provided by the organization. Promotion includes promotional activities such as advertising, sales promotion, and personal selling. Health institutions do not carry out aggressive promotion activities. They believe that word of mouth communication is more reliable [1].

Results and discussions. Marketing in medicine involves the creation, dissemination and provision of medical information and activities using customer-oriented and evidence-based strategies to protect and promote the health of various population groups.

Modern medical marketing tools are becoming more and more client-oriented, patient-oriented, personalized, service-oriented, digitalized, partner-oriented and socially oriented.

New marketing technologies and tools, innovations in medical processes, active digitalization, global automation of customer service and medical services, change of priorities from «medicine of diseases» to «health medicine» distinguish modern marketing in the medical field.

Among the global marketing trends: telemedicine, voice search, chatbots and messengers; content marketing and interactive content; data-based marketing and management; mobile marketing and mobile devices; innovative marketing campaigns, portals and aggregators; feedback and reputation management; testing and screening; outsourcing, consolidation, mergers and acquisitions; development of new market niches, «retail» of medicine and others.

Marketing plans for the promotion of medical services combine multi-channel online and offline efforts to stimulate engagement.

Conclusions. Health care and promotion are two concepts that have been difficult to think together. It is always debated which messages will be given to people with health problems related to a hospital or similar health institution. Moreover, it is not clear when the need for health services will arise. It is natural that healthy person does not pay much attention to a doctor, hospital, or health care. Because of these features, it is possible to say that there are different dimensions of promotion in health services [2].

The use of a marketing mix in medical work is a difficult task for marketers, since it is necessary to emphasize the specific component of social marketing when developing medical marketing strategies.

Marketing of medical services is important for the formation of motivation among the population to promote health and an appropriate lifestyle, to create an image of a healthy person, a healthy lifestyle system.

References

1. Sreenivas T, Srinivasarao B, Rao US. An analysis on marketing mix in hospital. International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences. 2013;2(4):187-207.
2. Tengilimoğlu D. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2011, p. 252

УДК 659.4

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТИ БРЕНДА СЕТИ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ КЛИНИК «СОВА» г. ВОЛГОГРАДА НА ОСНОВании ЕГО РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦИАЛА

Днепровская Ирина Валерьевна

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

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Малякина Анастасия Александровна

магистрант кафедры экономики и менеджмента

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В рамках данного исследования рассмотрим ресурсный потенциал такого значимого актива коммерческих медицинских организаций как бренд, так как в большинстве случаев именно он определяет выбор пациентов в отношении той или иной клиники.

Цель и задачи. Целью данной работы является исследование ценности бренда клиники на основе показателей его ресурсного потенциала, определяемого такими немонетарными факторами как потенциал имиджа, потенциал лояльности, информационный потенциал, потенциал соотношения «цена-качество» на примере сети многопрофильных клиник «Сова» г. Волгоград.

Материалы и методы. В основу исследования ценности бренда положена предложенная Е. А. Архиповым методика формирования ценности бренда в сфере услуг. Материалами исследования стали отзывы и оценки пациентов, опубликованные на сайте «ПроДокторов» [1].

Результаты и обсуждение. Согласно методике Е. А. Архипова, ценность бренда обладает рыночным и ресурсным потенциалом, при этом первый определяется монетарными факторами, а второй – немонетарными факторами.

В рамках исследования проанализированы немонетарные факторы, формирующие ресурсный потенциал бренда сети многопрофильных клиник «Сова» г. Волгоград, на основе данных, предоставленных самым крупным отечественным сайтом отзывов о врачах – «ПроДокторов».

Рассмотрим потенциал имиджа, который, неся оценочную и мотивационную нагрузку и будучи в массовом сознании устойчивым образованием, оказывает большое влияние на людей, моделирует их реакции, формирует устойчивое отношение к предметам, событиям, явлениям, индивидуализируя и идентифицируя их [1]. На наш взгляд, категорию имиджа на сайте «ПроДокторов», в большой степени, характеризует такой показатель как рейтинг клиники, который по десятибалльной системе оценивается в 4,3 балла (4,7 баллов – клиника на проспекте Ленина, 3,8 баллов – клиника на Академической), отражая удовлетворительный имиджевый статус бренда «Сова» в г. Волгоград.

Алгоритмы сайта настроены таким образом, что на рейтинг клиники оказывают влияние отзывы пациентов о клинике, а также отзывы пациентов о врачах клиники. В отзывах пациентов о клинике учитываются такие структурные элементы как (для клиник «Сова» г. Волгоград по двухбалльной системе): «тщательность обследования» (1,5); «эффективность лечения» (1,4);

«отношение к пациенту» (1,5); «информированность пациента» (1,45); «отношение персонала» (0,5); «здание и помещение» (1).

Исходя из представленных данных, наименьший вес среди показателей имеют такие статьи как «отношение персонала» (в данном случае, среднего медицинского персонала), а также «здание и помещение».

Средний рейтинг по докторам клиник «Сова» г. Волгоград составляет 5,3 балла по десятибалльной системе (5,9 баллов – клиника на проспекте Ленина, 4,7 баллов – клиника на Академической), также отражая удовлетворительный имиджевый статус бренда «Сова» в г. Волгоград, т. е. средний уровень показателя. Следует отметить, что данный показатель выше общего рейтинга клиники.

Второй компонентой ресурсного потенциала бренда, согласно методике Е. А. Архипова, является информационный потенциал, связанный со всей полезной информацией, исходящей от его потребителей, которая определенным образом может быть использована предприятием при формировании потребительской стоимости товара. Основным показателем информационного потенциала бренда должна стать его известность и вспоминаемость у основных потребителей. Частными показателями можно назвать пожелания, жалобы и предложения потребителей по совершенствованию продукции, которые, при соответствующем использовании, могут способствовать повышению эффективности производства, логистики, других областей деятельности предприятия [1].

Рассмотрим структуру отзывов, представленных пациентами сети многопрофильных клиник «Сова» г. Волгоград общим количеством – 1394 сообщения. Среди них подавляющее большинство составляют положительные отзывы – 1243. Количество отрицательных – 151, соответственно. Соотношение положительных и отрицательных отзывов свидетельствует о высоком информационном потенциале бренда клиник «Сова» г. Волгоград.

Для целей дальнейшего совершенствования информационного потенциала бренда была проанализирована структура отрицательных, негативных отзывов. Таким образом, семь человек высказали неудовлетворенность работой колл-центра учреждений (4,6 %), 35 человек оказались недовольны управлением пациентопотоком, в частности, работой регистратуры (23,1 %), семь человек негативно высказались в отношении качества работы среднего медицинского персонала (4,6 %). Негативные отзывы о врачах оставили 102 пациента (67,7 %).

Негативные отзывы в отношении докторов целесообразно отнести к потенциалу лояльности в рамках анализа ценности бренда. Потенциал лояльности имеет самую высокую степень связи с монетарными детерминантами ценности бренда, поскольку чем выше доля потребителей, которые сформировали долгосрочное благожелательное отношение к бренду, тем выше монетарные показатели предприятия [1].

Следовательно, все негативные отзывы, оставленные пациентами, свидетельствуют о потере возможной лояльности данных пациентов. Кроме того, данные отзывы могут отражать мнение большего количества пациентов, т.к. не все пациенты склонны оставлять отрицательные отклики, даже если прием в клинике их не удовлетворил. Таким образом, на несоблюдение этики и деонтологии со стороны врачей пожаловалось 44 пациента (43,1 %), качество лечения не устроило 31 пациента (30,4 %), качество диагностики сочли неудовлетворительным 19 пациентов (18,6 %), жалобы на выставление дополнительных услуг, которые не были проведены по факту, но выставлены в чек, поступили от восьми человек (7,9 %). По нашему мнению, в клиниках необходимо работать с данными замечаниями с целью повышения лояльности пациентов, что особенно касается соблюдения этики и деонтологии.

Потенциал соотношения «качество-цена» в рейтинговых данных сайта «ПроДокторов» на прямую не отражается, однако косвенно он, на наш взгляд, учитывается среднем рейтинге клиник, рассмотренном при анализе потенциала имиджа.

Выводы. Таким образом, ценность бренда сети многопрофильных клиник «Сова» г. Волгоград характеризуется его ресурсным потенциалом, а именно – потенциалом имиджа – удовлетворительно; информационным потенциалом – положительно; потенциалом лояльности – условно

положительно (малое количество негативных отзывов по отношению к общему количеству пациентов, однако не все пациенты склонны оставлять негативные отзывы). Потенциал соотношения «цена-качество» был косвенно учтен в средних рейтинговых оценках клиник, рассмотренных при анализе потенциала имиджа.

Список литературы

1. Архипов, А. Е. Методические основы формирования ценности бренда в сфере услуг // Вестник АГАУ. 2011. № 7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskie-osnovy-formirovaniya-tsennosti-brenda-v-sfere-uslug> (дата обращения: 21.10.2022).

УДК 339.13

РОЛЬ БРЕНДА В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Зелёная Екатерина Олеговна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Кудряшова Инна Владимировна

Введение. На сегодняшний день на рынке существует множество медицинских организаций, с разными предложениями тех или иных услуг. Успешность таких организаций базируется на множестве аспектов, таких как: продукт, услуга, сервис, маркетинг и многое другое. Задача медицинской организации это привлечение клиентов в условиях конкурентной борьбы. Участники рынка стремятся использовать различные методики, технологии и инструменты в борьбе за привлечение и удержание клиента. Но, кроме этого, повышению узнаваемости и конкурентоспособности медицинской организации может помочь бренд. Бренд – это совокупность образов и ассоциаций, рожденных в сознании потребителя. Бренд предназначен для идентификации продуктов в конкурентной среде, включает понятие внутренней культуры и ценностей компании [1].

Бренд – это определенная работа, включающая в себя много аспектов и задач. Поэтому брендинг медицинской организации является важной и актуальной задачей на рынке медицинских услуг. Какими бы ни были прогнозы, как бы ни менялся рынок, одним из важнейших аспектов успешного бизнеса является сильный бренд.

Цель и задачи: проанализировать преимущества и недостатки управления брендом в медицинской организации.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- исследовать теоретические подходы к бренду и способам управления им;
- провести маркетинговые исследования брендинга медицинской организации;
- проанализировать и интерпретировать полученные результаты;
- разработать проект улучшения показателей эффективности управления брендом.

Материалы и методы. База исследования представляет собой теории и концепции в области маркетинга, маркетингового анализа, брендинга, бренд-менеджмента, оценки капитала бренда и стоимости бренда, представленные в монографиях, научных статьях и тезисах выступлений, материалах научно-практических конференций и семинаров.

Результаты и обсуждение. В современной теории и практике маркетинг-менеджмента значительную роль играет построение и развитие брендов, создание эффективного управления брендом не только в обычных организациях, но и в медицинских.

Брендинг находится в центре внимания любой преуспевающей организации, т. к. он является основой в обеспечении конкурентоспособности медицинской организации.

В сфере здравоохранения брендинг помогает потребителям выбирать место оказания медицинских услуг и выступает своего рода гарантией высокого качества лечения. Бренд упрощает процесс и сокращает время выбора медицинской организации, облегчает понимание сути

медицинской услуги и выделяет ее среди прочих рыночных предложений. Основой брендинга медицинских организаций выступает формирование доверительного отношения к ним. Бренд медицинской организации должен быть выстроен таким образом, чтобы он ассоциировался с надежностью и доверием.

Чем привлекательнее образ медицинского центра, чем более он узнаваем, тем выше репутация учреждения. Человеческая психология такова, что люди предпочитают обращаться за услугами в известные организации, доверяя им больше чем тем, чье название малознакомо. И даже высокие цены редко кого останавливают. Именно положительный образ в глазах клиентов действительно служит отправным моментом в отношениях с конкретной медицинской организацией.

Применение брендинга в здравоохранении имеет ряд особенностей, которые связаны в первую очередь со спецификой самой отрасли. Во взаимоотношениях между пациентом и врачом, для постановки диагноза, выбора форм и методов лечения необходимо наличие специальных медицинских знаний, которыми большинство пациентов не обладает. Пациент доверяет выбор вида, объема и характера медицинских услуг врачу. Однако выбор медицинской организации для получения медицинской помощи пациент способен сделать самостоятельно [2].

Таким образом главной целью является повышение уровня доверия пациента к врачу и к медицинской организации в целом. Взаимодействие в данной системе осуществляется на взаимовыгодных условиях и партнерских отношениях. Брендинг является тем необходимым инструментом коммуникации, который помогает пациенту принимать решение в пользу конкретного врача и той или иной медицинской организации, оказывающей медицинские услуги.

В такой модели взаимодействия фигура врача выступает центральным связующим звеном между медицинской организацией и пациентом. Поэтому можно говорить о том, что роль врача в системе маркетинга в медицине получает двойную характеристику. С одной стороны, успех врача на рынке медицинских услуг требует от него соответствующих этому рынку профессиональных качеств. С другой стороны, медицинская организация, продвигая услуги в целом, может применять персональный маркетинг, используя своих ключевых специалистов. Таким образом, брендинг медицинской организации можно выстраивать и рассматривать с помощью бренда конкретного специалиста, работающего в данной медицинской организации [3].

Создание бренда врача и бренда медицинской организации являются соответственно внутренней и внешней сторонами одной маркетинговой цели, а вместе все это служит удовлетворению потребностей пациентов в медицинской помощи. Наличие брендового персонала в медицинской организации, ее собственный фирменный бренд гарантированно сулит заметное место на рынке, конкурентоспособность и стабильные доходы.

Выводы. В настоящее время бренд большинства медицинских организаций продолжает формироваться стихийно, хотя сам рынок медицинских услуг испытывает явную нехватку специалистов в данной области.

Применение инструментов маркетинга в управлении брендом медицинской организации поможет определить, как медицинская организация функционирует в определенной имиджевой среде, анализ которой позволит выявить и нивелировать факторы негативного влияния на бренд организации и определить перспективы его развития.

Бренд помогает потребителям, партнерам и сотрудникам сформировать приоритеты для создания долговременных взаимоотношений. Поэтому при формировании бренда необходимо, чтобы он был понятным и запоминающимся, вызывал доверие у всех участников коммуникативного процесса. В этом случае бренд становится «языком» эффективной коммуникации с обществом [1].

Список литературы

1. Валькович Е. К. Особенности создания бренда медицинской организации // Общественное здоровье и здравоохранение с основами медицинской информатики. – 2022. – С. 889–908.
2. Шахабов И. В., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Ключевые аспекты пациент-ориентированной модели управления медицинской организацией // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 3. – С. 34–38.

3. Колесникова С. С., Василенко М. А. О значении бренда и имиджа в маркетинге медицинской организации // Экономика и управление: проблемы, решения. 2021. Т. 1. № 11. С. 97–101.

УДК 659.1

СТРАТЕГИИ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ НА ОСНОВЕ АРХЕТИПИРОВАНИЯ

Карева Олеся Сергеевна

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

Введение. Роль социальных сетей в жизни общества постоянно возрастает, но большинство медицинских организаций не пользуются социальными сетями в полной мере. А это огромный минус, ведь так теряется часть будущих пациентов, которые могли бы прийти на прием. Ведение социальных сетей позволит выделиться среди других медицинских организаций, работающих на одном рынке, повысить лояльность пациентов к клинике, поднять стоимость и спрос услуг, дать возможность прямой обратной связи от пациентов, привлечь пациентов из более широкой географии (соседние районы/регионы), сформировать репутацию среди профессионального сообщества.

Цель и задачи. Рассмотреть возможности использования архетипирования как основы для продвижения медицинской организации в социальной сети (на примере ООО «РАДА»).

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач стало использование подхода К.Г. Юнга в области архетипирования и коллективного бессознательного. Материалом исследования послужили тексты и визуальный ряд медицинской организации в социальной сети.

Результаты и обсуждение. Известные социальные сети в основной своей части выглядят похожими друг на друга. В работе рассмотрены аккаунты медицинской организации в таких социальных сетях, как Вконтакте и Инстаграмм. Заходя в социальные сети, пользователь оказывается в профиле страницы – это внешний вид аккаунта, картинка, которую пользователь видит, попадая на неё. Такой внешний вид страницы называется визуалом профиля. Как правило, визуал состоит из аватара, самой ленты и части с закрепленной информацией (вечные истории).

Главная миссия визуала – это удержать внимание человека на аккаунте и донести главную мысль, т. е. для чего эта страница, чем занимается организация. Внешний вид страницы и её смысл взаимосвязаны. Если одна из составляющих будет отсутствовать, то вероятность привлечения потенциальных клиентов будет мала. Красивый визуал без смысла пользователи посмотрят, но не поймут полезность такой страницы. А если будет много полезной информации, но без должного оформления, то потенциальный клиент скорее всего не обратит внимание или из-за монотонности не задержится на долго. Существует правило трёх секунд: есть лишь три секунды на то, чтобы заинтересовать пользователя. Именно столько времени происходит оценка страницы, и за это время надо успеть зацепить интерес потенциального клиента.

С помощью визуала можно бессознательно влиять. К такому влиянию относиться теория архетипирования. Архетип – это первоначальная модель, универсальные образы или символы, содержащиеся в коллективном бессознательном, которые predispose испытать индивидуумом чувства, ассоциации определенным образом относительно объекта или субъекта. Всего существует 12 основных архетипов: ребенок, мыслитель, искатель, бунтарь, маг, герой, любовник, шут, славный малый, родитель, правитель и творец.

После ряда вопросов и уточнений можно понять, к какому архетипу будет соответствовать социальная страница медицинского учреждения. Это будет понятно из желаний, целей, страхов,

стратегий и т. д. Согласно архетипу для визуала будет подобран цвет, форма, шрифт, атрибуты, образы, ассоциации и ключевые слова в оформлении, а также ведение страницы.

Чаще всего в медицинских организациях архетип – родитель. Архетип родителя вызывает ассоциации с заботой, сочувствием, добротой. С детства это ассоциация с поддержкой и помощью. Архетипирование мы рассмотрим на примере группы компаний «РАДА», а именно на примере стоматологии. Родитель будет ведущим архетипом в данной организации т. к. одна из главных миссий – это здоровье и комфорт пациента. Вспомогательными архетипами будут герой и правитель. К героическому архетипу относится одна из целей – спасти здоровье пациента как можно эффективнее и быстрее. Правитель будет отражать порядок, опыт и квалификацию, благополучие, сервис, бренд данной организации.

Согласно архетипам можно создавать следующие мысли в сознании пациентов: ко мне внимательны, обо мне заботятся, я в безопасности, они победят болезнь, они уверенно действуют, у них хороший авторитет. Такие слова будут использоваться в текстах, слоганах и действиях организации.

Цветовые решения, в связи с нашими архетипами, будут следующие. Ведущие цвета светлые, а именно белый, зеленый, бежевый и серый, которые соответствуют архетипу родителя. Для акцента будут взяты черный и красный, согласно вспомогательным архетипам.



Рис. 1. Пример визуала для стоматологии на основе архетипирования

Все эти рекомендации будут применены не только в самом визуале, но и в постах, сторис/историях, видео.

Выводы. Таким образом, архетипирование в интернет-маркетинге – это программирование подсознательных интенций повышения лояльности бренду. Такая стратегия является довольно эффективной т. к. многие успешные бренды используют такой подход. Например, Mercedes-Benz продвигает архетип Правитель через девиз «Лучшее или ничего», «Дикси» использует архетип Славный малый в слогане «Удовлетворяем ежедневные потребности большинства жителей России с лучшим соотношением цены и качества», а в девизе «Ты можешь все!» Nike явственно виден архетип Героя.

Список литературы

1. Аракчаа, Д. Б. Архетип отца в брендинговой коммуникации / Д. Б. Аракчаа, С. П. Люлюкина // Generation Y: Материалы II Всероссийской научно-практической студенческой конференции, Новосибирск, 19 мая 2021 года / Под редакцией А. С. Тишковой. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2021. – С. 11–13.
2. Гордова, Т. В. Архетипические образы в рекламе / Т. В. Гордова, М. В. Лашина // Электронный научно-практический журнал Культура и образование. – 2014. – № 12 (16). – С. 62.

3. Каменская, Д. Д. Возможности использования теории архетипов в брендинге / Д. Д. Каменская // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 70–3. – С. 143–147.
4. Марк, М. Герой и бунтарь : создание бренда с помощью архетипов / М. Марк, К. С. Пирсон ; Маргарет Марк, Кэрол Пирсон ; [пер. с англ.: И. Малкова, Д. Раевская, А. Сухенко]. – СПб. [и др.] : Питер, 2005. – 335 с.
5. Пендикова, И. Г. Архетип и символ в рекламе : учеб. Пособие / И. Г. Пендикова, Л. С. Ракитина. – Москва : Юнити, 2012. – 303 с.
6. Руж, Н. Визуал на основе архетипа – новая фишка маркетинга / Н. Руж // Директор по маркетингу и сбыту. – 2020. – № 9. – С. 55–60.
7. Рахманов, С. С. Метод формирования коммуникационного сообщения на основе подбора архетипа бренда в интернет-маркетинге / С. С. Рахманов // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2016. – № 2 (25). – С. 61–65.
8. Юнг, К. Г. Человек и его символы / К. Г. Юнг. – М.: Медков С. Б., 2022. – 352 с.

УДК 65.012.7

ПРОДВИЖЕНИЕ УСЛУГ ОРГАНИЗАЦИИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Карпова Наталья Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Одним из основных направлений реформирования здравоохранения является активный переход на платную медицину. Организации сферы здравоохранения, в том числе и образовательные учреждения, представляют собой сложные системы как с точки зрения внутренней структуры, так и общественной значимости предоставляемых услуг. Для успешной реализации программы перехода на платные медицинские услуги необходимо активное использование ими маркетинговых подходов, в том числе при продвижении услуг.

Цель и задачи: определить факторы, влияющие на успешное продвижение услуг медицинской организации, проанализировать современные тренды в данной области.

Материалы и методы. При написании работы использовались методы структурно-функционального, сравнительного анализа научной литературы, а также результаты собственного исследования автора.

Результаты и обсуждение. Цель продвижения услуг организаций сферы здравоохранения, в отличие от многих других отраслей экономики, не состоит не в том, чтобы добиваться наращивания объемов потребления услуг пациентами, а информировать их, убеждать в преимуществах конкретных услуг. Выделим пять разновидностей маркетингового продвижения в сфере здравоохранения:

- маркетинг организации – это продвижение целостного бренда;
- медицинский маркетинг специалиста – это вид маркетингового продвижения, направленный на создании положительного имиджа и повышение репутации ведущих специалистов организации;
- маркетинг конкретных услуг – этот вид используется при узкой направленности организации;
- медицинский маркетинг идей – продвижение новых, инновационных методик лечения заболеваний;
- территориальный маркетинг, акцентирующий внимание на местонахождении медицинской организации.

Одними из важнейших факторов продвижения на рынок медицинских услуг являются:

- элементы фирменного стиля (визитные карточки, рекламные проспекты);
- быстрота реагирования на заявки клиентов, деловые визиты, звонки;
- уровень подготовки сотрудников, оперативность, вежливость, компетентность, коммуникабельность, умение улаживать конфликты;
- имидж предприятия;
- методы коммуникационного общения [1].

Последний фактор имеет огромное значение в современном мире благодаря прогрессу и быстрому развитию информационных технологий. С началом реализации национального проекта «Здоровье» процесс информатизации здравоохранения значительно ускорился, а число масштабных проектов в этой сфере заметно увеличилось.

В настоящее время существует несколько трендов, набирающих обороты, которыми отмечено продвижение услуг в медицине последних лет:

- активное использование мессенджеров: сегодня мы не можем представить свою жизнь без WhatsApp, Viber, Telegram и Skype; многие люди с их помощью решают свои повседневные проблемы;

- мобильные приложения: мобильные приложения становятся все более популярными среди пользователей. Они могут быть интегрированы с сайтом медицинской организации, мультимедийным контентом и средствами коммуникации. Любая необходимая информация может быть представлена в одном приложении и актуализирована.

- новый контент в маркетинге: для этого может быть использован информационный ресурс. Организацией могут быть разработаны аудио и видеоматериалы в виде полезных и интересных контентов о здоровье. Благодаря продуманной подаче роликов может увеличиться посещаемость и время нахождения пользователей на сайте организации;

- новый уровень сервиса в медицине: огромное количество рекламных роликов, акционных предложений об услугах люди стали ценить не только качество медицинских услуг, но и собственный комфорт.

- развитие телемедицины: суть данного фактора заключается в удаленной врачебной помощи при помощи сайта. В ближайшем будущем этот фактор позволит множеству пациентов экономить свое время, не тратя его на поездки в медицинские организации [2].

Выводы. Продвижение услуг организации является одним из элементов комплекса маркетинга. Мероприятия по продвижению должны быть совместимы с другими элементами маркетинга и стратегиями дифференциации и позиционирования, требующими серьезной работы с целевой аудиторией. Современный маркетинг требует гораздо большего, чем разработка хорошего продукта или услуги, установление привлекательных цен и обеспечение доступности доступных продуктов или услуг.

Список литературы

1. 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», Волгоград, 14–15 ноября 2019 года. – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, С. 290–293.

2. Маркетинг в медицине: его особенности и примеры использования. – Текст : электронный – URL: <https://www.bigtime.ventures/>(дата обращения: 28.10.2022).

УДК 613.6.027

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Крайнова Ирина Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. м. н., проф. Латышевская Наталья Ивановна

Введение. Развитие медицины на современном этапе неразрывно связано с внедрением в практику новых технологий, в том числе при оказании косметологической медицинской помощи [1]. Стремление современного человека улучшить качество жизни диктует потребность в более активном использовании технологических достижений для борьбы с проявлениями старения. В связи с большой востребованностью этого вида медицинских услуг в последние десятилетия имеет место значительный рост специалистов (более 40 тысяч) и организаций этого профиля: только в 2022 году выдано лицензий по специальности «косметология» 9287 организациям, которые осуществляли такие работы на 10268 объектах [2]. При этом в структуре косметологических организаций доля государственные не превышает 6 %, остальные – частные формы собственности [3]. Актуальность представляет научный анализ с одной стороны качества оказываемых косметологических услуг, а с другой – обеспечение надлежащих условий и организации труда специалистов в области косметологии.

Цель: изучить основные проблемы косметологической помощи в современных условиях посредством анализа научных публикаций.

Материалы и методы. Осуществлен обзор публикаций отечественных и зарубежных исследователей по обозначенной проблеме за десятилетний период, нормативно-правовые документы.

Результаты и обсуждение. Осуществленный анализ литературы показал, что организация косметологической помощи населению в современных условиях зачастую не обеспечивает необходимого единства технологий и контроля качества оказываемых услуг, не разработаны и не внедрены в практику клинические рекомендации, протоколы и стандарты оказания косметологической помощи [1, 2]. Из наиболее часто встречаемых нарушений в организации косметологической помощи авторы отмечают дефекты заполнения первичной медицинской документации и недостаточность информирования пациентов о возможных осложнениях и побочных [4, 5]. Выполненный литературный анализ показал, что на сегодняшний день нет единых стандартов оказания помощи по профилю «косметология». Соответственно возникают определенные трудности в оценке целесообразности и качества оказываемой косметологической помощи [6]. Так, ряд авторов считает, что для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи косметологов необходимо создать соответствующую законодательную и нормативно-правовую базу; привести в соответствие с нормативно-правовой базой структуры и ресурсы (кадровые, финансовые, материальные и информационные); создать соответствующие стандарты и эффективнее контролировать выполнение медицинских технологий [7]. В тоже время осуществленные нами исследования показали, что практически отсутствуют публикации, посвященные здоровью медицинских работников в области косметологии, тогда как этот фактор в большой степени может повлиять на качество оказываемых услуг. Так в ранее опубликованной нами работе [8] показано, что психоэмоциональное напряжение врача, обусловленное интенсивными межличностными контактами с клиентами, может служить причиной профессиональных ошибок.

Выводы. Таким образом, для дальнейшего развития косметологической помощи необходима система менеджмента на основе международного стандарта ИСО 45001:2018 «Системы менеджмента безопасности труда и охраны здоровья. Требования к организации медицинского обеспечения, профилактике заболеваний и укреплению здоровья работников».

Список литературы

1. Гурьянов М. С., Архипова Н. Н. К вопросу о совершенствовании косметологической помощи населению. Вестник РУДН, серия Медицина. 2010; 4: 194–196.
2. Кубанова А. А. Проблемы совершенствования организации косметологической помощи (обзор) // А. А. Кубанов, О. А. Колсанова, С. А. Суслин и др. / Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики 2022 г. – № 3. – С. 540–561.
3. Кубанова А. А., Мартынов А. А., Власова А. В. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть II). Вестник дерматологии и венерологии. 2018; 94 (1): 14–26.
4. Манакина Е. С. Оценка качества оказания медицинской помощи по профилю «косметология» в медицинских организациях различных форм собственности // Е. С. Манакина, О. В. Медведева, И. И. Манакин. / Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2020 г. – № 4. – С. 445–455.
5. Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. Москва: Изд. дом Высшая школа экономики; 2015. 56 с.
6. Позднякова М. А. Медико-социальные и юридические аспекты косметологической помощи // М. А. Позднякова, О. Н. Красильникова, Е. Е. Жильцова / Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 21017. С. 509–519.
7. Дьяченко В. Г. Качество в современной медицине. Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО ДВГМУ, 2007. 490 с.
8. Латышевская Н. И. Особенности условий труда и психоэмоционального статуса врачей-косметологов // Н. И. Латышевская, М. Д. Ковалева, В. В. Деларю и др. / Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2021. Т. 2. – № 3. – С. 16–20.

УДК 339.138

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛИЧНОГО БРЕНДА ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА

Ковалева Мария Андреевна

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

Введение. С каждым годом люди всё больше внимания уделяют поиску специалистов через интернет, однако врачи часто игнорируют этот факт и не уделяют достаточно внимания самопрезентации через различные сайты и социальные сети. Таким образом они лишают себя потенциальных клиентов. В сегодняшних реалиях недостаточно только профессиональных умений и навыков, которые врач получает в образовательном учреждении [1]. Необходимо ещё уметь презентовать себя в интернете для расширения целевой аудитории и привлечения клиентов. Ещё более актуален этот вопрос для врача-психотерапевта, так как к выбору специалиста данного профиля человек всегда подходит с особым трепетом.

Цели и задачи. Целью исследования является разработка конкретного плана действий, необходимых для формирования и продвижения бренда врача-психотерапевта через интернет. Для достижения этой цели необходимо изучить вопросы маркетинга и рекламы медицинских услуг в социальных сетях и на различных сайтах.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода к анализу статей и обзоров, посвященных изучению вопроса личного бренда врача. Также изучение отзывов в интернете и формирование полноценного образа психотерапевта, к которому люди готовы обращаться.

Результаты и обсуждение. Бренд-статус врача определяет отношение к самому врачу, к медицинской организации и коллективу, в которых он работает. При формировании бренда важно

учитывать строгие рамки личных качеств и профессиональных компетенций конкретного медицинского специалиста [2]. Ведь часто пациенты неосознанно ассоциируют успешность специалиста с успешностью всего учреждения. Да и конкретного врача обычно выбирают, исходя из отзывов о нем в интернете и мнения знакомых [3].

Чтобы полноценно использовать концепцию продвижения личного бренда врача-психотерапевта в интернете, нужно разбить всю работу на составные части. Обычно формированием маркетинговой стратегии занимаются профессиональные маркетологи, но и самому специалисту стоит ориентироваться в теме.

Итак, что нужно сделать:

1. Собрать информацию о той социальной сети, через которую планируется продвижение.
2. Изучить целевую аудиторию.
3. Провести анализ спроса на конкретные услуги.
4. Проанализировать страницы прямых конкурентов в данной социальной сети.
5. Подобрать рекламные каналы.

Чем качественнее и скрупулезнее проведена аналитическая работа по указанным направлениям, тем эффективнее будет в итоге маркетинг и разработанная стратегия [3].

Выводы. Психотерапевту важно иметь сформированный личный бренд, который позволит ему выделяться среди коллег. Клиент всегда делает выбор в пользу того специалиста, о котором говорят, которому доверяют, о котором оставляют отзывы. Именно личный бренд может помочь врачу расширить клиентскую базу, увеличить доход, сформировать репутацию среди профессионального общества и, как следствие, улучшить условия при трудоустройстве, стать независимым от клиники.

Список литературы

1. Бренд-статус врача как основа профессионального и личностного роста медицинского специалиста. – Текст: электронный. – <https://cyberleninka.ru/article/n/brend-status-vracha-kak-osnova-professionalnogo-i-lichnostnogo-rosta-meditsinskogo-spetsialista/viewer> (дата обращения: 21.10.2022).
2. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. – Текст: электронный. – <https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-meditsinskogo-spetsialista-v-sotsialnyh-media-glazami-moskvichey-upravlencheskie-i-metodicheskie-aspekty/viewer> (дата обращения: 21.10.2022)
3. Маркетинг в медицине: его особенности и примеры использования – Текст: электронный. – <https://www.bigtime.ventures.ru/blog/marketing-v-meditsine-ego-osobennosti-i-primery-ispolzovaniya> – (дата обращения: 21.10.2022)

УДК 338.2

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кулешова Лада Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Гапоненко Юлия Владимировна

Введение. Медицинский маркетинг в силу особенности сферы реализации имеет определенные ограничения и отличия от маркетинга в иной бизнес сфере. Являясь максимально человеко-ориентированным, этот бизнес объединяет в едином пространстве частные и государственные клиники, а решение проблемы, то есть лечение, требует стандартизации, что делает данную сферу исследования актуальной в любое время и стадию развития общества.

Цели и задачи. Основными целевыми полаганиями ставится изучение сферы медицинского маркетинга и его основные отличия, преимущества и недостатки, в отрыве от маркетинга иных

сфер. Так же основное понятие клиентуры и целевой аудитории деятельности в данной сфере маркетинга. В этой массе, следует поставить основную задачу, изучить основные модели поведения потребителя услуг и методику реализации.

Материалы и методы. Методика изучения, это от исследования и внутреннего мониторинга системы деятельности, той или иной направленности медицинского маркетинга, так и сравнительный анализ, методология сравнения, выявления положительных и отрицательных направлений.

Результаты и обсуждение. Ограничения в рекламе и продвижении – отдельная трудность частной медицины, так и государственной: они ограничивают возможность снизить дискомфорт клиентов уже на этапе первого контакта.

По исследовательским результатам, стало понятно, что:

- Реклама медицинского учреждения не в праве, советовать схемы лечения без предварительной консультации специалиста;
- Не в праве рекламировать запрещённые и рецептурные медикаменты, средства для прерывания беременности, наркотики, психотропные вещества;
- Так же запрещено, гарантировать выздоровление после консультации, приема конкретных препаратов или определенных процедур. Остается продвигать не выздоровление, а конкретные услуги.

Можно рекламировать:

- косметологические услуги, но не все – в некоторых случаях объявления допускают к показу с ограничениями, а это значит, что их не увидят пользователи из России – они фактически бесполезны;
- продвигать конкретные медицинские центры, врачей или скидки, но без упоминания самих услуг.

Прежде чем приступить к продвижению услуг, необходимо составить digital-стратегию. Это позволит вам четко понять, как действовать для достижения поставленных целей и снизит затраты на привлечение клиента в несколько раз по сравнению с продвижением без стратегии.

Цифровая стратегия должна учитывать все этапы пути целевого пользователя и выбирать инструменты, позволяющие охватить большую часть трафика из них, а в идеале – все. Чем больше целевая аудитория знает о вашей компании, тем больше просмотров вы сможете получить.

Путь клиента в медицинском маркетинге. У каждого сегмента целевой аудитории свой путь. Одна из ваших задач при формировании цифровой стратегии – понять, как именно он будет искать ваши услуги.

Например:

- пользователь планирует через пару месяцев пройти обучение в автошколе, и ему потребуется медицинская комиссия – при ее предоставлении можно размещать объявления на сайтах, рассказывающих об обучении в автошколе и сдаче экзаменов в ГИБДД.
- человек пошел к бесплатному врачу, получил назначение на определенные процедуры и не уверен, что они нужны – он может прочитать о них в интернете, а вы можете разместить статью на своем сайте и получить трафик;
- нужно сдать анализы или сделать УЗИ по назначению лечащего врача, а на процедуры ОМС выстраивается длинная очередь – потребитель может зайти в поисковик и перейти по первым ссылкам, а можно разместить контекстную рекламу;
- человек часто обращается к разным специалистам и интересуется всем, что связано со здоровьем – его внимание можно привлечь в социальных сетях, если делать экспертные публикации;

Выводы. Таким образом, медицинский маркетинг – это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением медицинских услуг от их производителя (врача, медсестры и т. д.) к потребителю (пациенту); это также социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги посредством их разработки, продвижения и реализации.

Список литературы

1. Галкин Р. А., Двойников С. И., Павлов В. В. Маркетинг, лизинг, логистика в здравоохранении: Монография, – «Перспектива», Самара – СПб, 2018.
2. Дихтль Е., Хершген Х. Практический маркетинг. Учеб. пособие. Пер. с нем. М.: Высшая школа, 2015, № 225.
3. Карасёва Т. В. и др. Медицинский маркетинг в современных условиях. М., 2020.
4. Коттлер Ф. Основы маркетинга. Пер. с англ. М.: Прогресс, 2020.
5. Gushchin, M., Dontsov, D., Gaponenko, Y., Gushchina, E., & Yushkova*, N. (2019). Infrastructural Priorities And Regularities Of Spatial Development Of Regional Systems. In & V. A. Trifonov (Ed.), Contemporary Issues of Economic Development of Russia: Challenges and Opportunities, vol 59. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 474–483). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.51>.

УДК 330.16

ПОЗИТИВНЫЙ ИМИДЖ КАК ФАКТОР ДОВЕРИЯ К МЕДИЦИНСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ

Мананкова Виктория Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. В условиях конкурентной среды имидж организации является основой для развития и существования на рынке, он же ключевое конкурентное преимущество. Благоприятный имидж медицинской организации формирует доверие потребителя, а также приближает повторный процесс обращения пациента в клинику. Выявление основных факторов, образующих имидж медицинского учреждения является приоритетной задачей медицинской организации, стремящейся учесть предпочтения потребителей и корректировать содержание своей деятельности. Доверие пациентов необходимо не только для поддержания индивидуального и общественного здоровья, но и для финансового положения учреждения.

Цели и задачи. Выявление факторов влияния имиджа медицинского учреждения на доверие потребителя медицинских услуг.

Материалы и методы. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. В ситуации обострения конкуренции между медицинскими учреждениями (МУ) актуально создать положительный имидж организации, который является одним из ресурсов конкурентоспособности [3]. Имидж – это образ организации, формируемый в сознании целевой аудитории. Это то, что думают и говорят о компании ее потребители, посетители, клиенты, конкуренты, средства массовой информации и широкая общественность. Применительно к организации здравоохранения понятие «имидж» наиболее близко понятию «престиж». На уровень имиджа влияют кадровый потенциал организации, ее материальные ресурсы, история, организационная и управленческая культура. Для организаций негосударственной формы собственности важны также ее размеры, время существования на рынке услуг медицинского назначения, круг пациентов. Применительно к отдельному работнику (врачу, руководителю) в системе здравоохранения понятие «имидж» наиболее близко термину «авторитет», который зависит от должностного статуса и от оценочной составляющей, включающей профессиональные компетенции, опыт и личностные характеристики (приятные внешность и манеры, коммуникативные навыки, техника самопрезентации, общий культурный уровень, лидерские качества и т. п.). Положительный имидж организации формируется в процессе реализации основной

ее деятельности, а также посредством проведения целенаправленных информационных мероприятий, ориентированных на конкретные социальные группы [1]. Для создания «фундамента» доверия клиента нужен правильный подход в рекламе клиники и правильные действия, начиная с первого контакта потенциального клиента с клиникой и заканчивая моментом оплаты услуг. Работа по созданию положительного имиджа – вся система деятельности организации, которая определяется персоналом (все сотрудники, их навыки, опыт, профессиональные и личные качества, умение работать в команде по единым принципам) и от предоставляемых услуг всех видов (медицинская помощь, лечение, сервис, профилактика, гарантии и пр.).

Эффективная модель имиджа должна отвечать маркетинговым критериям фирмы:

- соответствовать реальному положению дел на рынке;
- ориентироваться на конкретную целевую аудиторию в своем секторе рынка;
- заметно и приятно отличаться от конкурентов;
- быть достаточно гибкой, чтобы своевременно реагировать на изменения запросов рынка [2].

Проявление имиджа отражается с двух сторон: внешней, т.е. вне медицинской организации, среди потребителей; внутренней, т.е. внутри коллектива (моральная атмосфера, уровень лояльности руководства к персоналу, карьерные возможности, стимулирования и др.). Фактор доверия пациента к конкретному медицинскому учреждению и к его представителям влияет на выбор медицинского учреждения. На достижение доверия пациента к МУ влияют следующие факторы:

1. Рейтинговые оценки, свидетельствующие об объективной репутации.
2. Успешная рекламная компания, задача которой заключается не в том, чтобы привлечь пациентов сейчас, а в том, чтобы, когда они захотели посетить медицинскую организацию, то вспомнили именно вашу клинику и обратились к вам.
3. Роль персонала МУ, подразумевает всех сотрудников организации, которые прямо или косвенно взаимодействуют с клиентами.
4. Индивидуальные ценности, убеждения, предпочтения пациента формируют отношение к определенным МУ.
5. Социальный опыт пациента, его опыт общения с конкретным МУ, его сотрудниками, положительные эмоциональные контакты с ними, полученная от них эффективная помощь.
6. Предметная среда, в которой пациент встречается с представителем МУ (обстановка, конкретные предметы могут способствовать или препятствовать атмосфере доверия). Здоровая корпоративная культура поможет сформировать хорошую репутацию врачей, доверия и лояльности пациентов.
7. Общее отношение к отечественному здравоохранению сказывается на доверии к конкретному МУ; в свою очередь уровень доверия/недоверия к конкретному МУ оказывает влияние на уровень доверия к современному отечественному здравоохранению [4].

Результатом формирования имиджа является повышение конкурентоспособности медицинского учреждения, а механизм достижения этой цели выглядит так: имидж влияет на развитие социальных связей, которые автоматически становятся ресурсом для увеличения потока клиентов; медицинское учреждение, обладающее большим количеством ресурсов, становится более конкурентоспособным и повышает свою привлекательность.

Выводы. В условиях снижения доверия к здравоохранению, медицинские организации должны заботиться о своей репутации и формировать благоприятное общественное мнение о себе. Реализация имиджевой стратегии позволяет создать дополнительный спрос на рынке, убедив потребителей в необходимости совершения покупки. Имидж услуги оказывает решающий шаг при обращении и приобретении данной услуги. Кроме того, именно имидж, как один из репутационных активов компании, сегодня является не только важнейшим стратегическим ресурсом, но и фактором конкурентоспособности современных организаций.

Список литературы

1. Ашимбаев Т. А. Репутационный менеджмент и брендинг в медицине / Т. А. Ашимбаев, С. Д. Ташенова, Н. О. Сулайманова // Известия Исык-Кульского форума бухгалтеров и аудиторов стран Центральной Азии. – 2021. – № 2 (33). – С. 71–80.

2. Колесникова С. С. О значении бренда и имиджа в маркетинге медицинской организации / С. С. Колесникова, М. А. Василенко // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2021. – Т. 1. – № 11 (119). – С. 97–101.

3. Минеев, А. Н. Исследования рынка платных медицинских услуг и имиджа медицинской организации / А. Н. Минеев // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2017. – № 6 (100). – С. 45.

4. Творогова Н. Д. Доверие к медицинскому учреждению (обзор литературы) / Н. Д. Творогова, Д. В. Кулешов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2017. – № 1. – С. 229–240.

УДК 339.138

МАРКЕТИНГОВЫЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРИЕВ-ПРОФИЛАКТОРИЕВ

Москвичева Ксения Валерьевна, Шевченко Янина Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Мелихова Лариса Александровна

Введение. В момент перехода санаторно-курортного комплекса на рыночные отношения возникла потребность в применении маркетинга. Маркетинговая деятельность санаториев-профилакториев направлена на увеличение продаж путевок отдыхающим и получение прибыли.

Цели и задачи. Цель – изучение маркетинговой деятельности санаториев-профилакториев и определение её эффективности.

Задачи:

1. Проанализировать основные направления маркетинговой деятельности санаториев-профилакториев.

2. Определить, какое влияние оказывает внешний и внутренний маркетинг на их работу.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода, методах сравнений и классификаций.

Результаты и обсуждение. Санаторно-курортный маркетинг можно определить, как концепцию управления санаторно-курортной организацией, заключающуюся во всестороннем изучении потребностей отдыхающих в санаторно-оздоровительных услугах для наиболее полного их удовлетворения путем комплексных усилий по производству, реализации и продвижению лечебно-оздоровительного продукта на рынке с целью получения прибыли и достижения других целей, стоящих перед организацией, более эффективным, чем конкуренты, способом.

Основными направлениями маркетинговой деятельности являются:

1. исследование рынка санаторно-курортных услуг;

2. организация рекламной деятельности и контроль за её эффективностью;

3. организация информационного обеспечения работы по договорам на реализацию санаторно-курортных, медицинских и иных услуг;

4. подготовка предложений по вопросам формирования цен;

5. своевременное и качественное выполнение плановых заданий;

6. эффективность рекламной деятельности.

Для эффективной маркетинговой деятельности экспертами оценивается значимость влияния различных факторов внешней и внутренней среды. Внешний маркетинг определяет работу санаториев-профилакториев по формированию цен, реализации путевок, продвижению медицинских услуг. Внутренний маркетинг включает весь комплекс взаимоотношений администрации санатория с персоналом (обучение, мотивацию, продвижение по службе и др.), направленный на приобщение каждого работника к маркетинговой деятельности и обеспечение высокого качества обслуживания туристов.

Нами был проведен опрос на тему «Изучение информированности населения о деятельности санаториев-профилакториев», в котором приняли участие 80 респондентов в возрасте от 40 до 70 лет.

На вопрос «Как бы вы предпочли провести свой отпуск?» 33 % опрошенных выбрали «Поехать в санаторий», 28 % – «Поехать за границу», 23 % – «Поехать в другой город в гости», 14 % респондентов затруднились с ответом.

Можно сделать вывод, что самая большая доля опрошенных предпочли бы поехать в санаторий, либо за границу.

На вопрос «Какая информация о санаторном курорте могла бы вас заинтересовать?», были получены следующие ответы:

- Самыми популярным вариантами ответа оказались: «Диапазон лечебных процедур, оказываемых санаторием» и «Информация об акциях и скидках» (35 % и 29 % соответственно);
- 25 % – «Обзор номеров и территории санатория»;
- 11 % – затруднились с ответом.

Среди основных источников получения информации лидирует интернет и социальные сети – 53 %, второе место занимают советы и отзывы знакомых – 26 %, около 23 % респондентов заявили о том, что вообще не получают какой-либо информации о деятельности санаториев-профилакториев.

Выводы. В современных условиях санаторный курорт является одним из самых доступных и популярным вариантом туризма и отдыха. Поэтому организациям необходимо уделять больше внимания маркетинговой деятельности для привлечения и удержания клиентов. Для этого необходимо поддерживать взаимодействие с внешней средой, а также формировать положительный имидж санатория и повышать информированность населения об организации и предоставляемых ею услугах.

Список литературы

1. Абабков, Ю. Н. Маркетинг в туризме. Учебник / Ю.Н. Абабков. – М.: ИНФРА-М, 2021. – 113 с.
2. Безрутченко, Ю. В. Маркетинг в социально-культурном сервисе и туризме / Ю. В. Безрутченко. – М.: Дашков и К, 2018. – 998 с.
3. Маркетинг в санаторно-курортной деятельности – Текст: электронный. https://bstudy.net/692884/turizm/marketing_sanatorno_kurortnoy_deyatelnosti (дата обращения: 18.10.22).

УДК 615.12.336

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОДВИЖЕНИЯ УСЛУГ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Остапенко Артём Игоревич

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

Введение. Особенности медицинского бизнеса в России определяют сам подход к продвижению медицинских услуг. В современных условиях к деятельности фармацевтических организаций предъявляется требование построения эффективной системы управления качеством и образом организации в общей картине рынка. При большем количестве стремительно развивающихся конкурентов, частом сценарии исчезновения малого фармацевтического бизнеса и расширения более крупного, вывода крупными компаниями, занимающими значимые доли других отраслей, новых финансируемых проектов, связанных с фармацевтикой (Сбер Аптека, ЕАптека), вопрос об эффективности продвижения компании на рынке становится всё более актуален [1].

Цели и задачи. Выделение способов и особенности продвижения аптечной организации на фармацевтическом рынке.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода и классификация эффективных методов, при определении задачи и сценария продвижения услуг.

Результаты и обсуждение. Фармацевтический рынок характерен тем, что обладает стабильно высокой прибылью его участников. Как уже было отмечено, в системе аптечной торговли существует большая конкуренция. Торговля лекарствами напоминает по интенсивности реализацию товаров первой необходимости.

Любой сфере услуг необходимо множество связанных между собой элементов, среди них одним из ключевых является продвижение услуг аптечной организации. Существуют определённые факторы, которые оказывают влияние на функционирование рынка фармацевтики и маркетинга в том числе.

Среди важнейших факторов следует назвать:

- географический (местоположение, климат, расположение торговых путей);
- экономический (промышленное развитие региона, обеспеченность техническими и трудовыми ресурсами);
- социально-демографический (развитость уровня жизни);
- финансовый (сформированность банковской системы);
- политический (способы взаимодействия местной и государственной власти);
- инфраструктурный (развитость инфраструктуры региона).

Главной задачей продвижения фармацевтических услуг в области данного рынка выступает его совершенствование. Таким образом, принципы мероприятия заключаются в анализе взаимосвязи между спросом и предложением и оценке влияния вышеописанных внутренних факторов на обеспеченность населения лекарственными средствами и товарами аптечного ассортимента.

Стоит отметить, что предметом продвижения в сфере фармацевтики является не только лекарственная составляющая. В качестве предмета оптимизации могут выступать также различные услуги и товары, которые способствуют развитию медицинской помощи (лечебная косметика, медицинская техника, средства гигиены) [2].

Одним из основных отличий маркетинга в фармацевтической среде выступает наличие определённого аспекта в системе купли-продажи. Кроме продавца и покупателя, в схеме присутствует дополнительное звено – врач. Рекомендации и назначения медицинских специалистов значительно влияют на рост или снижение спроса.

В связи с тем, что медицинский работник является авторитетом для больного, большая часть пациентов придерживается мнения врача при необходимости выбора лекарственных средств.

Вторая особенность, которая важна при исследовании рынка фармацевтических услуг, – учёт не только спроса, но и нужд пациентов.

Третья характерная черта потребностей на аптечном рынке – отношение покупателя к фармацевтическим товарам. Покупки в аптеке чаще всего являются необходимостью для восстановления здоровья клиента, нежели совершаются с импульсной целью.

Четвёртой отличительной особенностью является недостаточная ориентированность потребителя в области ассортимента. Часто пациент не может определить, какой препарат ему необходимо приобрести.

Важнейшая позиция при выборе стратегии маркетинга в фармации состоит в том, что на рынке необходимо представлять только продукцию высокого качества, которая не может нанести ущерб здоровью.

Сегодня в медицинской отрасли применяют пять основных подходов к развитию и совершенствованию стратегии продвижения. Современные маркетологи опираются на следующие виды концепций:

1. Совершенствование товара. Совершенствование характеристик ассортимента компании приводит к улучшению потребительских свойств.

2. Совершенствование производства внедряется при превышении спроса на продукцию относительно существующего предложения. Целесообразно также использовать эту концепцию в случае слишком высокой цены на товар. Для снижения стоимости рекомендуется повышение производительности.

3. Интенсификация коммерческой составляющей базируется на положении о том, что спрос на фармацевтическую продукцию необходимо стимулировать. Обычно мероприятия по интенсификации разрабатываются для продукции пассивного спроса: бинтов, пластырей, витаминов.

4. Активный маркетинг заключается в глубоком анализе рынка, определении потребностей пациентов. При этом исследуются цены, целевая аудитория, качество продукции, места сбыта.

5. Социально-этичный маркетинг – это реализация фармацевтических препаратов, которые будут способствовать улучшению здоровья и развитию благополучия потребителя.

Выводы. Таким образом, мероприятия фармацевтического маркетинга разрабатываются с учётом постоянных изменений в данном сегменте рынка. Организации, которым необходимо продвинуть свою продукцию или услуги, создают собственные отделы для данных задач. Работа подразделений направлена на исследование особенностей рынка и потребительских запросов. Исходя из полученных данных, возможно построить эффективную маркетинговую стратегию.

Список литературы

1. Маркетинг в медицине: его особенности и примеры использования. – Текст: электронный. – <https://advgroup.ru/uncategorized/тренды-российского-фармацевтического-2> (дата обращения: 12.10.2022)

2. Маркетинг для аптеки: как привлечь покупателей. – Текст: электронный. – <https://supermed.pro/marketing-dlya-apteki.html> (дата обращения: 12.10.2022)

УДК 659.44

ОСОБЕННОСТИ РЕКЛАМЫ В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Попова Александра Сергеевна, Фарманян Кристина Робертовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Мелихова Лариса Александровна

Введение. Современное развитие коммуникационных и информационных технологий не только открывает новые возможности для рекламной деятельности организации, но и создает новую целевую аудиторию, которые требуют соответствующих подходов в реализации коммуникационной деятельности в сфере здравоохранения.

Цель и задачи. Цель данного исследования: выявить, с помощью каких инструментов осуществляется реклама медицинских услуг в частных медицинских организациях. Для достижения данной цели, поставлены следующие задачи:

- рассмотреть особенности рекламной деятельности в сфере здравоохранения;
- предложить пройти опрос, в рамках которого респондент определяет ключевые моменты рекламной компании частных медицинских организаций.

Материалы и методы. Для получения информации об особенностях рекламы частных медицинских организаций использовалось анкетирование в Google Forms. Результаты исследования были обработаны и зафиксированы.

Результаты и обсуждение. В опросе приняли участие 124 человек, среди которых преобладают люди рабочего класса (57 %), студенты (32 %) и остальные 11 % разделили пенсионеры/домохозяйки/неработающие люди. В результате исследования было выявлено, что 75 % респондентов иногда обращаются в частные медицинские учреждения, 23% – часто, остальные 2 % совсем не посещают медицинские организации.

Для того чтобы определить какой канал распространения информации наиболее эффективен, следующий вопрос нашей анкеты касался коммуникационных источников, где респонденты

могли выбрать сразу несколько вариантов ответов. Было выявлено, что одну из лидирующих позиций занимают советы знакомых – 78 %, на следующем месте расположилась реклама в социальных сетях – 44 %, на третьем месте оказалось традиционное СМИ (телевидение, радио) – 21 %. В качестве свободного ответа опрашиваемыми были даны следующие варианты (по 3 %) – информацию о клиниках ищут непосредственно в интернете или на официальном сайте клиники, узнают информацию исходя из отзывов, также с баннеров, контекстной рекламы или по направлению от своей поликлиники [1].

При выборе коммерческой клиники участники опроса ориентируются на такие факторы, как: гарантия качества (35 %), отзывы и рекомендации (34 %), доверие врачу (20 %), цена (6 %) и местоположение (5 %).

Ключевым элементом в продвижении частных медицинских услуг для пациентов являются скидки и акции (45 %), менее, но всё же привлекательна бонусная программа лояльности – 27 %, кешбэк отметили – 15 %, партнёрская программа – 13 % респондентов. Свыше 80 % опрошенных узнают информацию о клиниках и оказываемых ими медицинских услугах через социальные сети, такие как: Вконтакте (63 %), Telegram (27 %), Одноклассники (10 %). Более удобна для восприятия информация, представленная в виде фото/видео формате на странице клиники, это отметили 74 % опрашиваемых. Так же были указаны подкасты (7 %), истории/посты (8 %) и статьи от ведущих специалистов (11 %).

В заключение нам следовало обратить внимание на то, что является ключевым в привлечении внимания в рекламе частных медицинских услуг, респонденты могли также дать несколько вариантов ответа. Как оказалось, в большей степени, доступная и достоверная информация является определяющим фактором в продвижении медицинской организации (67 %), также немаловажную роль играет оформление страницы (48 %), на одной позиции находятся способ подачи информации и её актуальность (45 %) [2].

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что особенностью рекламы частной медицинской организации и оказываемых ею услуг является качество коммуникации и вовлеченность врача, путем грамотного продвижения медицинской организации исходя из потребностей потенциальных потребителей медицинских услуг.

Список литературы

1. Ананченкова П. И., Симонец Н. Л., Тонконог В. В. Управление рекламными коммуникациями в медицинских организациях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № S1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-reklamnymi-kommunikatsiyami-v-meditsinskih-organizatsiyah> (дата обращения: 10.10.2022).
2. Машкина Светлана Сергеевна. Управление коммуникационной и рекламной деятельностью организаций в сфере здравоохранения // Научный журнал. 2022. № 2 (64). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-kommunikatsionnoy-i-reklamnoy-deyatelnostyu-organizatsiy-v-sfere-zdravooxraneniya> (дата обращения: 10.10.2022).

УДК 339.138

РОЛЬ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ В ПРОДВИЖЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Тимошенко Анастасия Валерьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Кудряшова Инна Владимировна

Введение. Маркетинг в сфере медицины – широкое понятие, которое включает в себя все аспекты взаимодействий между их поставщиком (медицинским персоналом) и потребителем (пациентом медицинского учреждения).

Вопросы, решаемые в процессе деятельности, способствуют продвинуть, повысить узнаваемость и развить бренд, найти новых клиентов и удовлетворить их запросы и потребности в медицинских услугах.

Независимо от того, государственная ли или коммерческая медицинская организация, в настоящее время все они нацелены на обязательное использование философии маркетинга. Такой термин выступает сейчас в качестве системного понятия управления совокупностью факторов рыночной деятельности по причине обязательного постоянного анализа рыночного положения медицинской продукции, подтверждения актуальности в соотношении спроса и предложения, контроля за изменением этих показателей в здравоохранении. Основными целями коммуникативных программ в маркетинге здравоохранения можно считать:

налаживание коммуникации между организациями, занимающимися оказанием медицинских услуг и их клиентами;

внедрение здорового образа жизни в жизнь пользователей медицинских услуг;

оказание содействия людям, у которых наблюдаются трудные и опасные заболевания [1].

Одной из важных площадок для продвижения медицинских услуг являются мобильные технологии, интернет.

Технологии, которые распространяются с помощью сети Интернет, имеют применение в здравоохранении в последнее время, они помогли найти новых клиентов медицинских услуг. В век информационных технологий происходит смешивание отраслей, ввиду чего медицинские учреждения начинают приспосабливаться. Медицинские организации начинают развивать технологии, связанные с машинным обучением и искусственным интеллектом, способствуя работе квалифицированных специалистов.

Трендами среди медицинского обслуживания в 2022 году можно считать:

- SEO-направление;
- системы документооборота, медицинское программное обеспечение;
- поисковую рекламу
- возможность внедрять в приложения онлайн-консультации
- приложения для настройки аналитики, автоматизации оплаты консультаций.

Цель. Показать важность мобильных технологий для маркетинга медицинских услуг.

Материалы и методы. Был проведен опрос 100 студентов ВолгГМУ на тему: с помощью каких информационных каналов они узнают о медицинских услугах. Были перечислены варианты, такие как: листовки или газеты, от знакомых, телевидение, с помощью мобильных технологий (реклама в соц. сетях, поисковая реклама, из приложений или же другие источники).

Результаты и обсуждения. Результат показал, что 67 студентов узнают чаще всего информацию о медицинских услугах именно из интернета. 10 узнало благодаря телевидению, 14 – по знакомству, и лишь 5 – из печатной рекламы, 4 – из других источников. Данный опрос показывает, что основными источниками информации на данный момент являются информационные технологии.

Рынок российских медицинских услуг, учитывая вектор развития здравоохранения (решения по оценке и прогнозированию данных), имеют значимую актуальность и множество возможных новых пользователей [2].

Во время пандемии остро ощущалась потребность в предоставлении консультационных услуг в режиме онлайн. Таким образом, цифровизация помогла людям получить медицинские услуги в удобной форме. Статистика показывает, что посещения медицинских сервисов в этот период дали рост на 50 %. Пациенты стали использовать все чаще мобильные и веб-приложения, которые оказывают услуги в сфере здравоохранения.

Для того, чтобы идти в ногу со временем, необходимо приспособиться к цифровой реальности: продвижение и оказание медицинских услуг возможно в сети Интернет.

Чтобы увеличить доступность медицинских услуг, нужно приспособить медицину для потребителя: сделать сайт интуитивно понятным, ввести карту сайта для удобства.

Для молодых людей активность в социальных сетях, сайты и тематические форумы – привычная среда, из которой они извлекут максимум информации.

Определенно, возникают сложности в продвижении через Интернет. К примеру, доверие вызывают места с «высоким рейтингом». Онлайн-репутация может помочь бизнесу или же разрушить его. На окончательный выбор клиента особенно воздействует репутация клиники, а ее можно повысить контент-маркетингом. Для этого нужно убедиться, что говорят пользователи о вашем учреждении в Интернете.

Важно помнить и о старых маркетинговых методах, ведь пока не все население освоило мобильные технологии, но основное внимание уделять на современные тренды стоит – это поможет повысить статус клиники и привлечь новых клиентов.

Выводы. Прежде, чем проводить любую маркетинговую кампанию, нужно составить стратегию. Сфера медицины имеет некоторые нюансы, поэтому важно учесть требования законодательства и предлагать людям только достоверную информацию.

Возможен выбор двух стратегий: онлайн и офлайн продвижение. Выбирать только одну нерационально: можно потерять потенциальных клиентов. К примеру, пенсионеры не все умеют пользоваться интернетом, поэтому для них актуальнее офлайн-реклама. Для молодых людей и людей среднего возраста гораздо актуальнее мобильная среда. К тому же, данный метод сейчас на пике популярности. И чтобы быть в тренде и успешной компанией необходимо делать упор именно на данное направление.

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. Гусев А. В., Ившин А. А., Владимировский А. В. Российские мобильные приложения для здоровья: систематический поиск в магазинах приложений // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2021, № 3, с. 21–31.

УДК 330.16

ИНСТРУМЕНТЫ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Турова Анастасия Павловна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Изучение маркетинговой стратегии является наиболее значимым аспектом анализа деятельности организации, так как доверие пациентов является неотъемлемым условием повышения эффективности деятельности предприятия. Медицинский маркетинг может увеличить охват, увеличить приток пациентов и сохранить бренд в их сознании.

Цель. Целью исследования является анализ инструментов маркетинговой стратегии для привлечения пациентов в медицинских организациях.

Материалы и методы. Для выполнения задач и достижения цели нами были использованы официальные электронные источники, был проведен анализ литературы и нормативно-правовых документов по теме исследования, а также изучены и обобщены некоторые сведения.

Результаты и обсуждения. Главной целью организаций здравоохранения является предоставление необходимых диагностических, лечебных и восстановительных услуг и, в конечном счете, помощь пациентам. Однако все это невозможно, если пациенты не обращаются за медицинской помощью. Таким образом, медицинские организации зависят от надежной и эффективной маркетинговой стратегии, гарантирующей, что она заслужит доверие пациентов в своем сообществе.

Медицинский маркетинг – это процесс привлечения и вовлечения пациентов, предоставления медицинской информации, а также направления их на пути к лечению. Это также относится к инструментам и методам, используемым для повышения узнаваемости бренда, привлечения пациентов и поддержания их вовлеченности.

При правильном подходе маркетинг в здравоохранения может: повысить качество обслуживания пациентов; поддерживать интерес потребителей медицинских услуг с помощью релевантных, персонализированных и своевременных информационно-просветительских мероприятий; предоставить потребителям возможность принимать более разумные и полезные для здоровья решения, что приведет к лучшим результатам для брендов и потребителей медицинских услуг; расширить свою клиентскую базу, удерживать существующих потребителей в долгосрочной перспективе и повышать лояльность в медицинском сообществе; позиционировать своих врачей как идейных лидеров на своем рынке; оценить свою продуктивность и перестроить стратегию маркетинга; увеличить свое стратегическое преимущество, чтобы привлечь потребителей медицинских услуг в условиях растущей конкуренции на рынке.

Для успешного продвижения медицинской организации необходимо придерживаться следующих рекомендаций.

1. Последовательно развивать брендинг организации.

Когда создается сильный и узнаваемый бренд и повышается осведомленность о нем, то значительно сокращается общая стоимость приобретения и увеличивается рентабельность инвестиций. Для этого важно выявить уникальные характеристики медицинской организации.

Может потребоваться время, чтобы определить, что лучше всего подходит для бренда. Но, в конце концов, разумная маркетинговая стратегия в области здравоохранения с последовательным брендингом и маркетинговыми материалами соберется воедино и предоставит бренд в лучшем свете.

2. Оценить онлайн-опыт пациента.

Два десятилетия назад просто иметь веб-сайт было достаточно, чтобы произвести впечатление на потенциальных потребителей медицинских услуг.

Сегодня взаимодействие с потребителями становится все более сложным, поскольку отрасль здравоохранения с большей готовностью переходит на виртуальные услуги, такие как телемедицина и удаленный мониторинг.

Веб-сайт – это парадная дверь организации. Часто это первое, что видят потребители. Если он не оптимизирован, это также может быть последний раз, когда человек рассматривает данную медицинскую организацию.

Необходимо изучить путь, по которому потребители идут после первого взаимодействия с организацией, и звонят ли они или совершают запись по интернету. Составление карты пути клиентов поможет лучше понять их потребности.

3. Оптимизировать результаты поисковой системы для потенциальных потребителей медицинских услуг.

Например, невозможно просто использовать термин «хирург-ортопед» 100 раз на веб-сайте и надеяться занять первое место в Google среди всех врачей, терапевтов и хирургов, предоставляющих медицинские услуги в данном районе.

SEO предполагает использование правильных оптимальных фраз и ключевых слов, чтобы Google мог понять веб-сайты организации. Сосредоточение внимания на органической тактике SEO помогает ранжироваться по правильным, релевантным и уместным поисковым запросам, связанным со здравоохранением (например, медицинские услуги, медицинское лечение любого типа).

4. Включить рекомендации врача в планы медицинского маркетинга организации.

Направления врачей – одна из лучших стратегий маркетинга для привлечения новых потребителей медицинских услуг. Чтобы получать как можно больше направлений от врачей,

необходимо проявлять инициативу и применять передовые методы профессионального общения и взаимоотношений.

5. Отслеживать действующую маркетинговую стратегию.

Необходимо постоянно следить за тем, как стратегия медицинского маркетинга окупается с точки зрения рентабельности инвестиций. Каждый год бюджет на маркетинг в сфере здравоохранения должен корректироваться с учетом того, на чем следует сосредоточиться и основываться на тщательном изучении показателей (панель аналитики эффективности).

Выводы. Сложные маркетинговые стратегии в области здравоохранения объединяют многоканальные, высокопигментированные и целевые тактики онлайн и офлайн, чтобы стимулировать взаимодействие и ускорить рост предприятия. Системы здравоохранения измеряют успех своих маркетинговых усилий с помощью конкретных показателей, которые связаны с ключевыми показателями эффективности или рентабельностью маркетинговых инвестиций.

Список литературы

1. Глуховец, В. В. Маркетинг в качестве стратегического инструмента управления рынком / В. В. Глуховец // А-фактор: научные исследования и разработки (гуманитарные науки). 2017. № 2. С. 7–10.

2. Иванюк, А. К. Адаптивная коммуникационная клиентоориентированная стратегия или алгоритм использования программ лояльности / А. К. Иванюк, И. В. Аракелова // Маркетинг в России и за рубежом. 2016. № 1. С. 73–86.

3. Леонов Д. А., Пономарев Ю. В., Рябов С. А. Маркетинговые коммуникации как элемент стратегии продвижения товаров // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2016. – № 15. – С. 16–21.

УДК 615.1(075.8)

РЫНОЧНАЯ ЭКОНОМИКА В ФАРМАЦИИ, ОСНОВАННАЯ НА ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Тюрина Светлана Витальевна

ДНР, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Научный руководитель: к. э. н. Новицкая Юлия Евгеньевна

Введение. Многообразие типов собственности на рынке общественного здоровья связано с организацией рыночных отношений и конкуренцией, различающийся по формам (внутри и межотраслевая) методам ведения войны (ценовая и неценовая), с ее ценностями (обогащение или здоровье) для различных медицинских учреждений участников рынка. Среди важнейших форм конкуренции выделяются, такие как совершенная и несовершенная.

Цели и задачи: Изучить принципы рыночной конкуренции, основанной на ценности здоровья.

Материалы и методы. Изучение литературы, изучение современной рыночной конкуренции в фармации,

Результаты и обсуждения. Совершенная (чистая, свободная) конкуренция в фармации рассматривается как абсолютная, труднодостижимая на практике модель рынка, обладающая рядом признаков, анализ которых позволяет выявить их идеальный характер.

Несовершенная конкуренция представлена рядом действующих моделей рынка: чистой монополии, олигополии, частичной монополии. Однако ситуация с одним производителем или продавцом товара встречается крайне редко. Чаще встречаются модели, когда участников рынка достаточно много; они находятся примерно в равных условиях и используют имеющиеся преимущества (более современную технику, более квалифицированный персонал, удачное

расположение аптеки, возможность оказания дополнительных услуг и пр.) для достижения своих целей, прежде всего здоровья людей [1].

Конкуренция на фармацевтическом рынке, должна быть основана на ценности здоровья. Это лучший и, возможно, единственный путь к повышению и стабилизации качества и эффективности фармацевтической помощи. Опыт целого ряда иных отраслей доказывает, что такое преобразование возможно. Есть масса свидетельств тому, что, позволив утвердиться правильно-му виду конкуренции, можно достичь ожидаемых успехов.

Принципы конкуренции, основанной на ценности здоровья:

1. Обеспечивать высокое качество фармацевтической помощи.
2. Локомотивом создания ценности должны быть опыт поставщиков фармацевтических услуг, постоянное повышение квалификации в сфере фармацевтического образования.
3. Конкуренция не только на местном, но и на региональном и национальном уровне.
4. Сделать доступной информацию о результатах необходимую для поддержки конкуренции, основанной на ценности.
5. Вознаграждать за разработку и внедрение инноваций, способствующих увеличению ценности [2].

Конкуренция, основанная на ценности здоровья – это борьба за положительный результат, который выгоден всем участникам рынка. Вместе с участниками, оказывающими фармацевтическую помощь высокого качества, выигрывают и пациенты, и работодатели, и программы медицинской модернизации.

Конкуренция на основе ценности здоровья выходит далеко за пределы выигрыша в узком понимании этого слова. Конкуренция за лучшие медицинские результаты, составляет огромную ценность для экономики страны. Выше указаны пять принципов конкуренции за здоровье в сфере фармацевтических услуг. Они могут казаться рациональными и очевидными, так как они все соответствуют ситуации, сложившейся в настоящее время в здравоохранении.

Для разных групп людей ценны разные результаты. В условиях конкуренции, основанной на ценности и нацеленной на результат, каждый производитель медицинских услуг и каждая программа медицинского совершенствования могут достигать результата разными способами. Это одно из преимуществ системы, основанной на здоровой конкуренции, которого лишены структуры с вертикальным управлением и централизованные, руководствующиеся принципом «один размер для всех».

Измерять нужно ценность для пациента, а не для аптеки, провизора или работодателя. Это побуждает стандартизировать и нормировать услуги смещая затраты к пациентам, которых повышение цен по сути, не интересует.

Переход к конкуренции, основанной на ценности здоровья, должен стать первостепенной стратегической задачей всех аптечных учреждений. На ее выполнение влияет три фактора:

1. Цепочка оказания фармацевтической помощи, представляющая собой систематический подход к идентификации и анализу процесса.
2. Информационные технологии.
3. Внедрение новых способов развития и систематизации фармацевтических знаний с целью обеспечения непрерывности улучшений в оказании фармацевтической помощи [2].

Выводы. Становление рыночной экономики здравоохранения как самостоятельного научного наставления обусловлено не только необходимостью повышения эффективности мер по сохранению здоровья людей, но и наличием широкой области социально экономических отношений, связанных со здоровьем членов общества, вовлечением в оборот все более многочисленных и дорогостоящих экономических ресурсов отрасли. При изучении следует отказаться от мысли, что фармацевтическая деятельность имеет уникальные особенности и поэтому не под-лежит закономерностям общеэкономических рыночных законов, правилам, методам и приемам управления ею. Множество базовых категорий как экономики здравоохранения, так и экономики

других отраслей по форме совпадают. Существенной составляющей выступают экономические отношения, складывающиеся между участниками процесса лечебно-диагностической деятельностью и аптекой.

Список литературы

1. Баева О. В. Менеджмент в области охраны здоровья: Учебное пособие / О. Баева. – К.: Центр учебн. литер., – 2008. – 40 с.
2. Гапоненко Ю. В. Проблемы продвижения диверсификации в национальной экономике // Вестник Волгоградского института бизнеса. – 2008. – № 5. – С. 19–21.
3. Шутов М. М. Уроки управления. Уроки управления 2. – изд. М. Шутов-Донецк, 2019. – 105с.

УДК 659.113.71

ОСОБЕННОСТИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Цыбенко Анастасия Юрьевна, Орлова Полина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Мелихова Лариса Александровна

Введение. В современном обществе намечена тенденция к активному развитию и расширению рынка образовательных услуг. Чтобы повысить конкурентоспособность, учебному заведению необходимо рекламировать свои образовательные услуги, так как потребители хотят иметь более полную информацию при выборе учебного заведения. На сегодняшний день хорошо видно, что целевая аудитория становится более требовательной, и это заставляет особое внимание уделять продвижению образовательного учреждения. Использование современных маркетинговых технологий приводит к поддержанию имиджа вуза и росту количества поступающих и обучающихся в нём.

Цели и задачи. Целью исследования является определение наилучших путей рекламирования вуза за счёт выявления её особенностей. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- проведение опроса в рамках которого респонденты отмечают ключевые моменты для получения информации о медицинском вузе;
- выявление особенностей маркетинговой стратегии медицинского вуза.

Материалы и методы. Для получения информации и определения наилучших путей привлечения абитуриентов для поступления в ВолгГМУ, использовалось анкетирование в Google Forms, а также методы анализа, синтеза, сравнения и систематизации. Результаты исследования были обработаны и зафиксированы в таблице.

Результаты и обсуждение. В опросе приняли участие 145 человек, среди них 77,9 % – от 17 до 18 лет, 16,6 % – 19–20 лет, 5,5 % – люди от 25 лет и более. Опрос проводился методом анкетирования в Google Forms. В результате исследования было выявлено, что 88,3 % респондентов пользуются социальными сетями для получения интересующей информации о медицинском вузе.

Основными площадками, через которые респонденты узнают интересующую их информацию, является сообщество во «ВКонтакте» (отметили более 90 %). Также, были отмечены группа в «Telegram» и официальный сайт медицинского вуза (38,6 % и 60,6 % соответственно).

Для абитуриентов и учащихся медицинского вуза наиболее интересна информация развлекательного характера (64 %), информация о научных конференциях и мероприятиях (57,9 %), новости из жизни университета (59,3 %), а так же информация для поступления: о правилах приёма документов, факультетах, количестве мест на обучение, курсах по подготовке к ЕГЭ и ОГЭ, проведении вступительных экзаменов (свыше 40 %) [1]. На основе опроса было выявлено, что абитуриентам более удобна информация в виде историй или постов (фото/видеоконтента),

это отметили 80 % опрошиваемых, а также в виде прямых эфиров, подкастов и открытых обсуждений для вопросов.

В условиях многочисленных экономических, политических и социальных вызовов и проблем, абитуриенты более активно начали пользоваться такими социальными сетями, как «ВКонтакте» и «Telegram», по причине того, что учащимся удобен формат информации, которую им могут предоставить на данных площадках [2]. Более 65 % респондентов отметили, что довольны ведением и наполнением групп в социальных сетях, но также предложили свои идеи для совершенствования контента. Для совершенствования были предложены к добавлению такие рубрики, как: интервьюирование студентов и преподавателей, конкурсы и викторины по истории медицины и вуза, подкасты со знаменитыми врачами и многое другое.

Выводы. На основе проведенного исследования, можно сделать вывод, о том, что маркетинговую стратегию медицинского вуза необходимо модернизировать и совершенствовать в области социальных сетей. Главной особенностью маркетинговой стратегии медицинского вуза является направленность на получение знаний о здоровье, соблюдение этики, а также общественная охрана здоровья. В результате модернизации повышается в целом конкурентоспособность вуза, а также узнаваемость, что в свою очередь, позволяет охватить наибольшее количество учащихся средних учебных учреждений. Эффективность рекламной кампании зависит от того, насколько доступна и понятна предоставленная информация для абитуриентов, для их дальнейшего стимулирования поступления в медицинский вуз.

Список литературы

1. Темирова Г. С. Совершенствование маркетинговой деятельности на предприятии в современных условиях // Научный журнал. 2020. № 12–3 (110). URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42687927> (дата обращения: 23.10.22)
2. Колесник В. И. Маркетинг медицинских услуг как инструмент эффективной деятельности учреждений здравоохранения // Научный вестник: Финансы, банки, инвестиции. 2020. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/marketing-meditsinskih-uslug-kak-instrument-effektivnoy-deyatelnosti-uchrezhdeniy-zdravoohraneniya/viewer> (дата обращения: 23.10.22)

УДК 332.1

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НИШЕВОЙ СТРАТЕГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Чалдышева Виктория Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Беликова Екатерина Владимировна

Введение. Тема обусловлена несомненной модернизацией современного общества, инновационным совершенствованием процессов в системе здравоохранения и медицинской науки. Актуализация направлена на мониторинг востребованности инноваций, совершенствование продуктов, технологий, услуг, направлений, смежных сфер, обеспечивающих работу с учетом требований переменчивости рыночной ситуации.

Говоря о вопросах, связанных с формированием инновационного общества, необходимо генерировать и продвигать идеи, следует подчеркнуть, что вузовская наука является ресурсным направлением, приумножающим принципы интеллектуального и человеческого капитала с учетом ведущих тенденций и новейших образовательных технологий.

Данный анализ позволяет обозначить установки устойчивого развития путем поддержки подразделений, выполняющих роль управления инновационной деятельностью и трансфера технологий на всех этапах жизненного цикла проектов, путем непрерывной связи между наукой

и практикой для повышения уровня конкурентоспособности и рентабельности отечественных разработок, изобретений и развития инновационной системы здравоохранения в целом [1].

Цель исследования: теоретическое обоснование и разработка мероприятий по внедрению нишевой стратегии и вывод медицинской организации на рынок продаж. Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- рассмотреть теоретические аспекты нишевой стратегии;
- провести анализ современного состояния лаборатории, влияние выбранной нишевой стратегии на развитие медицинской организации;
- проанализировать и интерпретировать полученные результаты;
- определить цели и задачи совершенствования выбранной нишевой стратегии, её место и роль в городе Волгоград;
- разработать план мероприятий, направленных на разработку нишевой стратегии.

Материалы и методы. За основу исследования взяты труды российских зарубежных ученых и практиков в области менеджмента и маркетинга, в чьих работах раскрываются вопросы разработки и внедрения нишевой стратегии в медицинскую организацию. В ходе исследования использованы общенаучные методы познания, позволяющие всесторонне исследовать социально-экономические явления и процессы: статистический анализ, синтез, наблюдение, обобщение, группировка, сравнение и др.

Результаты и обсуждение. Принцип, разработанный ещё в 80-х годах американским физиком Чарльзом Халлом и названный стереолитографией, получил широкое распространение в различных областях производства и на сегодняшний день приобретает всю большую популярность, заменяя предыдущие промышленные технологии [3]. С момента создания первых 3D-принтеров наблюдается стремительная эволюция метода, приводящая к созданию новых вариантов быстрого прототипирования, соответствующего программного обеспечения, расширения спектра используемых материалов, что сопровождается ускорением печати, повышением ее точности и снижением стоимости производства [2].

Одним из перспективных направлений в реализации 3D-печати является внедрение технологии биопечати в практическое здравоохранение. Однако в городе Волгоград есть единственная лаборатория, которая занимается 3D-прототипированием. А это огромный плюс, ведь таким образом можно найти будущих клиентов, которые могли бы заниматься и обучаться на курсах 3D-моделирования.

Для продвижения продукции лаборатории 3D-прототипирования среди населения нашего города и медицинских организаций страны необходимо разработать стратегию маркетинга, которая нацелена на достижение корпоративной идентичности, которая позволит точно определить рыночную нишу с точки зрения выгоды для клиентов.

Выводы. Следует ожидать, что применение нишевой стратегии в медицинскую организацию покажет высокую заинтересованность как со стороны школьников старших классов, у которых есть заинтересованность в выполнении проектов в школьной программе и мотив в поступлении в медицинский Вуз, более глубоких знаний в медицинской сфере, а также студентов волгоградского медицинского университета, у которых есть необходимость более детально изучить к необходимым дисциплинам темы, подготовить УИРС, погрузиться заочно в операционную обстановку и попробовать самостоятельно научиться и продемонстрировать полученные навыки на курсах в лаборатории.

Список литературы

1. Инновации в медицине: предпосылки и перспективы развития. – Текст электронный – <https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsii-v-meditsine-predposylki-i-perspektivy-razvitiya> (дата обращения: 25.10.2022)
2. Применение технологий 3d-печати в хирургии позвоночника. – Текст электронный – <https://www.dissercat.com/content/primenenie-tekhnologii-3d-pechati-v-khirurgii-pozvonochnika> (дата обращения: 25.10.2022)

3. Shahrubudin, N., Lee, T. C., & Ramlan, R. (2019). An Overview on 3D Printing Technology: Technological, Materials, and Applications. *Procedia Manufacturing*, 35, 1286-1296. <https://doi.org/10.1016>

УДК 339.138

ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАРКЕТИНГОВЫХ СТРАТЕГИЙ В СФЕРЕ СТОМАТОЛОГИИ

Швецов Иван Андреевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Кудряшова Инна Владимировна

Введение. Сегодня практически во всех отраслях наблюдается высокий уровень конкуренции, что заставляет компании уделять особое внимание реализации и совершенствованию собственной маркетинговой стратегии. [1] Маркетинговая деятельность в сфере бизнеса направлена на обеспечение стабильной и конкурентоспособной работы и развития субъекта маркетинговой системы на рынке с учетом состояния внутренней и внешней среды. Маркетинговая деятельность в данной трактовке означает проведение исследований и разработку маркетинговых стратегий и программ действий, которые будут использоваться для повышения эффективности любой предпринимательской деятельности [2].

Цели и задачи. Целью данной работы является изучение маркетинговой стратегии и выявление мер по ее совершенствованию на примере клиники «Авторская клиника высокоэстетической стоматологии доктора Бриньковского».

Материалы и методы. Исследование проводилось посредством: прямого анализа текущей ситуации в клинике доктора Бриньковского; Анализа самых популярных сайтов наиболее популярных частных клиник; Интервью с главным врачом для обсуждения предложений по улучшению маркетинговой стратегии.

Результаты и обсуждение. В ходе исследовательской работы были выявлены следующие факты:

- При низком уровне культуры стоматологического здоровья, проекты здоровья довольно активно продвигаются на социальных платформах в интернете;
- Самое главное, чего ждут потенциальные посетители от страницы – это информативный контент, ответы на вопросы и возможность поделиться своим опытом
- Наиболее популярные разделы – вопросы специалистам, подборки и интервью с врачами, а также статьи о популярных заболеваниях;
- Среди пациентов наиболее распространенной причиной откладывания визита к врачу является неуверенность в себе;
- Разнообразные полезные услуги (дневники здоровья и т.д.) – основной способ возвращения аудитории.

Результатом исследования стало осознание необходимости создания структуры проекта, включающей портал с форумом, посвященный публикации информативных статей на интересные темы, своевременным ответам на вопросы пациентов и всестороннему сбору знаний по теме стоматологической практики и ортодонтии. Для этих целей подойдут такие социальные медиа, как ВКонтакте или каналы на RuTube.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что маркетинговая стратегия является неотъемлемой частью любого бизнеса. Правильная маркетинговая стратегия может принести большую пользу компании. Хорошая маркетинговая стратегия может помочь снизить переменные издержки предприятия.

Список литературы

1. Акопян А. Маркетинговая деятельность и логистика на медико-фармацевтическом рынке. // Маркетинг. – 2020. – № 3. – С. 84–89.
2. Алексунин В. А. Медицинские услуги: специальные маркетинговые исследования. // Маркетинг и маркетинговые исследования. – 2020. – № 5 (59). – С. 53–57.

УДК 338.462

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО МАРКЕТИНГА И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ЧАСТНОГО БИЗНЕСА В РОССИИ

Шелкова Мария Сергеевна

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

Введение. Особенности медицинского бизнеса в России определяют сам подход к продвижению медицинских услуг. Если эти особенности не учитывать, то эффективно частную клинику невозможно продвинуть. Пренебрегать медицинским маркетингом в условиях современного рынка нельзя, так как его особенности задают свои правила и соблюдение этих правил подойдет не только для продвижения медицинских компаний на рынке, но и компаний из других сфер.

Цели и задачи. Изучение особенностей медицинского маркетинга в России и его роль в развитии частного бизнеса.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, сравнение, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. Маркетинг медицинских услуг и помощи – это работа с проблемами пациентов, которые испытывают страх как за свою жизнь и здоровье, так и за жизнь и здоровье своих родных и близких, однозначно вынуждены верить медицинскому специалисту, в том числе из-за информационной ограниченности. Любое обращение пациента к врачу как правило связано с решением уже возникшей проблемы или удовлетворением желания знать о своем состоянии, при чем, чтобы оказать любую медицинскую услугу, врач обязан следовать определенным стандартам и протоколам, строго соблюдать необходимую последовательность (диагностика, анамнез, назначение, наблюдение), не отступая от нее, чтобы не нанести вред пациенту [2].

Помимо частных, есть и государственные медицинские учреждения здравоохранения. Это необходимо принимать во внимание при маркетинговом планировании стратегии поведения на рынке медицинских услуг и расчете конкурентоспособности компании. Правильно определенное поведение – это основа, на которой строятся все маркетинговые и аналитические процессы.

Чтобы определить свое положение в рыночном пространстве, коммерческой медицинской компании необходимо разработать маркетинговую стратегию, которая должна формироваться с учетом анализа деятельности подобных клиник, которые уже функционируют и конкурируют на рынке. Необходимо четко определиться, будет ли компания соперничать с другими клиниками или займет свое, особое место, чем и станет отличаться от конкурентов. Маркетинговая стратегия компании может выстраиваться путем решения следующих задач:

- рыночная задача: решение о том, сколько должно быть клиентов, в каком объеме и наборе будут оказываться услуги и продаваться товары;
- операционная задача: понимание того, что нужно сделать внутри организации для решения рыночной задачи;
- организационная задача: представление о штате сотрудников и о том, как им руководить;
- финансовая задача: какое все вышеизложенные задачи будут иметь денежное выражение [2].

То есть, медицинский маркетинг – это система для исследования и сопоставления деятельности других медицинских организаций, существующих на рынке, со своей деятельностью, которое позволит понять, в чем компания опережает или уступает своим конкурентам.

При дальнейшей разработке стратегии поведения компании на рынке, точные данные о конкурентах помогут сэкономить не только время, но и деньги [1].

Выводы. Таким образом, для выявления потенциальной целевой аудитории частных медицинских компаний и ее желаний, используется маркетинговый анализ и аналитика. Это могут быть как опросы и парсинг в социальных сетях, так и мониторинг трафика с сайта совместно с другими методами. Все методы продвижения услуг с помощью маркетинга в практически всегда должны использоваться комплексно. Это поможет охватить большую целевую аудиторию и достичь более ощутимых конечных результатов.

Список литературы

1. Маркетинг в медицине: его особенности и примеры использования – Текст: электронный. – <https://www.bigtime.ventures/ru/blog/marketing-v-meditsine-ego-osobennosti-i-primery-ispolzovaniya> (дата обращения: 12.10.2022)

2. Особенности маркетинга медицинских услуг и помощи – Текст: электронный. – <https://www.dirklinik.ru/article/101-spetsifika-meditsinskogo-marketinga> (дата обращения: 12.10.2022)

УДК 61:338.45.-53+614.2

ЭФФЕКТИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ)»

Щекин Геннадий Юрьевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет,
заведующий Лабораторией этической, правовой и социологической экспертизы в медицине
ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр»

Тронева Виктория Евгеньевна

Россия, заместитель председателя комитета здравоохранения Волгоградской области,
администратор регионального проекта

«Развитие экспорта медицинских услуг (Волгоградская область)»

Верещагина Юлия Викторовна

Россия, начальник отдела экономического анализа и оплаты труда
комитета здравоохранения Волгоградской области

Сергиенко Татьяна Юрьевна

Россия, старший консультант отдела экономического анализа и оплаты труда
комитета здравоохранения Волгоградской области

Введение. Медицинский туризм, является прибыльным направлением современного туризма, имеющее не только высокий показатель темпа роста, но и являющееся существенным фактором экономического развития большого перечня стран во всем мире. Не случайно более пятидесяти стран мира рассматривают медицинский туризм как одну из целей национальной политики, способствующей возникновению новой концепции здравоохранения, предполагающей, что любой человек может обратиться в другую страну за качественной и своевременной медицинской помощью, если не может получить ее в местах постоянного проживания [1]. Эти действия привели к тому, что уже сегодня по данным Международной ассоциации медицинского туризма, около 11 млн. туристов из разных стран ежегодно путешествуют в целях получения

необходимой медицинской помощи. В соответствии с индексом медицинского туризма Международного научно-исследовательского центра здравоохранения сектор коммерческих медицинских услуг к 2025 г. достигнет оборота в 3 трлн долларов США, в настоящий момент этот рынок оценивается в 439 млрд долларов США [2].

Обращая внимание на перспективы продвижения медицинского туризма в Российской Федерации, Президент страны В. В. Путин поручил Правительству увеличить до 2024 г. экспорт медицинских услуг в четыре раза, доведя объем этого рынка до одного миллиарда долларов США. Поручение дано в рамках указа Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 года № 204 [3]. Реализуемый сегодня проект «Развитие экспорта медицинских услуг» является частью национального проекта «Здоровье», рассчитанный на период с 2019 по 2024 года. В исполнении проекта участвует 70 регионов страны со всеми медицинскими учреждениями. С 2019 г. в Волгоградском регионе, в рамках национального проекта «Здравоохранение», реализуется региональный проект «Развитие экспорта медицинских услуг (Волгоградская область)» (далее – проект), ориентированный на развитие внебюджетной деятельности государственных медицинских организаций, повышение их конкурентоспособности и увеличения объема экспорта медицинских услуг.

Цели и задачи состоят в разработки методических положений по совершенствованию и модернизации рынка экспорта медицинских услуг Волгоградского региона на основе учета современных тенденций и явлений, происходящих в мировой и национальной системе здравоохранения и предложить рекомендации по оптимизации процесса его институционализации в России.

Материалы и методы. В участии реализации проекта принимают 20 ведущих государственных клиник Волгоградской области, которые обеспечивают сервисный подход при оказании медицинских услуг [3]. Важным преимуществом Волгоградского региона является выгодное географическое расположение: например, регион граничит с Республикой Казахстан, обладает прямым транспортным сообщением с Республиками Узбекистан и Таджикистан.

В целях конкретизации рассматриваемой темы Комитет здравоохранения Волгоградской области активно сотрудничает с Волгоградским государственным медицинским университетом. Итоги сотрудничества – проведение Всероссийской научно – практической конференции с международным участием «Медицинский туризм: проблемы и перспективы» и круглого стола на тему «Региональные возможности медицинского туризма: перспективы и риски».

С 2022 года комитетом совместно с лабораторией этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Государственного бюджетного учреждения «Волгоградский медицинский научный центр» проводится исследование «Экспорт медицинских услуг: перспективы и риски регионального здравоохранения (на примере Волгоградского региона)». Используемый метод исследования – анкетирование.

Результаты и обсуждение. В целях усиления качества оказываемой медицинской помощи комитет проводит ряд мероприятий направленных на: внедрение в медицинских организациях региона системы мониторинга статистических данных медицинских организаций по объему и качеству оказания медицинских услуг иностранным гражданам, в том числе в финансовом выражении; проведение маркетинговых исследований туристического рынка медицинских услуг; участие в информационно-рекламной кампании, в межрегиональных и международных выставках и научно-практических конференциях.

Выводы. Медицинский туризм становится не только востребованным социальной жизнью современного общества, но и конкурентоспособным видом экономической деятельности государства. Однако сегодня прослеживается необходимость использования зарубежного опыта развития медицинского туризма для создания национальной гибкой системы, критического осмысления, анализа и адаптации полученных сведений и их внедрения в повседневную практику. Кроме того, для достижения намеченных результатов необходимо не только создать адекватную

этико-правовую базу с целью развития рассматриваемой сферы, но и улучшить состояние лечебно-профилактических учреждений, способных принимать иностранных пациентов. Кроме того возникла необходимость социологического мониторинга профессиональной деятельности врачей с целью разработки мероприятий, направленных на развитие креативности врачей, их мотивации к новым формам медицинской деятельности.

Список литературы

1. Крестьянинова О. Г. Медицинский туризм: сущность и перспективы развития / О. Г. Крестьянинова. – Текст: электронный // Техничко-технологические проблемы сервиса. 2019. – № 3 (49). – Текст: электронный. – <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-suschnost-i-perspektivy-razvitiya/viewer> (дата обращения 25.10.2022).
2. Щекин Г. Ю. Региональные возможности и этические риски медицинского туризма (на примере Волгоградского региона) / Щекин Г. Ю., Реймер М. В., Иванов К. В. // Биоэтика. – 2021. № 2 (28). – С. 39–42. – Текст: непосредственный.
3. Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 года № 204 // Информационная система «Гарант». – Текст: электронный. – <https://base.garant.ru/71937200/#friends> (дата обращения: 19.10.2022).
4. Данные предоставлены комитетом здравоохранения Волгоградской области.

УДК: 339.1

ПУТЬ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ОСОБЕННОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ

Ячменникова Мария Сергеевна

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

Введение. Моделирование процесса взаимодействия между пациентом и медицинской организацией (МО) является важной задачей на сегодняшний день. Две глобальные причины, которые обусловили актуальность представленного исследования. Первая – развитие тренда на ценностно-ориентированное здравоохранение. Возникает необходимость подробного анализа всего, что связано с пациентом: его ценностей, комплаентности, субъективной оценки качества оказанной помощи и пути, который он проходит при взаимодействии с МО [1, 2]. Вторая причина – цифровая трансформация медицины. Новые технологии используются на разных этапах оказания медицинских услуг. Процесс взаимодействия между пациентом и МО трансформируется и усложняется. В связи с чем для составления наиболее эффективной стратегии оказания медицинских услуг необходимо искать все возможные точки контакта, анализировать их и объединять в систему.

Цели и задачи. Целью работы является анализ модели путешествия потребителя (СJM) для построения пути пациента (ПП).

Заявленная цель определила задачу исследования: предложить и обосновать возможный вариант ПП в МО.

Материалы и методы. Теоретической основой исследования послужили работы отечественных и зарубежных ученых и практиков. В качестве методологической основы использованы научные методы: описание, сравнение, анализ и синтез информации.

Результаты и обсуждение. Для построения ПП в качестве матрицы была взята модель «путешествия потребителя», используемая в рамках нормативистского подхода. В данном случае «путь» разделяется на шесть этапов: 1. Этап первичного осмысления – осознание человеком потребности, которую необходимо удовлетворить; 2. Этап оценки – поиск всех возможных

вариантов удовлетворения потребности и выбор наилучшего из них; 3. Этап сделки – клиент вносит оплату и получает за нее услугу или продукт; 4. Этап пользовательского опыта – человек испытывает впечатления, связанные с получением продукта или услуги. Если опыт был отрицательным, происходит возврат к первому этапу. Если положительным – клиент переходит к следующим этапам; 5. Этап триггера – организация напоминает клиенту о своем существовании посредством «триггеров» и побуждает к повторной покупке; 6. Этап «петли лояльности» – клиент продолжает пользоваться услугами компании на регулярной основе [3].

Требуются адаптация принятой модели к специфике медицинской сферы, так как в неизменном виде модель не может отразить взаимодействие пациента и МО.

Этап первичного осмысления отличается по времени и форме в зависимости от причин обращения в МО. Если речь идет о: 1) развитии заболевания, симптоматика которого снижает качество жизни; 2) выявлении бессимптомного заболевания на медицинском осмотре и направлении к специалистам; 3) иных причинах – этап осмысления проходит в общепринятом формате. Если же речь идет о развитии неотложных состояний, требующих скорейшего обращения в МО, этап сокращен до минимальных временных значений, либо полностью отсутствует для данного пациента (если человек пребывает в бессознательном состоянии). Происходит переключение на взаимодействие с родственниками пациента.

Факультативный этап поиска информации. В связи с наличием свободного доступа к информации медицинского характера, многие пациенты перед поиском МО предпочитают побольше узнать о природе своего состояния/заболевания. И уже после приступают к сравнению конкретных МО и специалистов. Данный этап может отсутствовать в зависимости от состояния пациента и его личных предпочтений.

Этап оценки. Пациент сам выбирает клинику и специалиста. Но в случае с государственными учреждениями данный этап иногда упраздняется из-за особенностей маршрутизации пациентов. В случае если этап все же возможен, он реализуется в рамках взаимодействия с представителями МО непосредственно в лечебном учреждении (ЛУ) или же с использованием цифровых технологий. Данный этап может быть крайне растянут по времени и включать в себя несколько фаз.

Этап сделки. Несколько вариантов: 1) пациент сам оплачивает услуги; 2) за него эту сумму вносит фонд ОМС, ДМС. После чего пациент проходит через несколько фаз, в рамках которых получает весь спектр полагающихся процедур. В зависимости от типа учреждения (амбулаторное или стационарное), а также от особенностей заболевания число контактов может отличаться. Этот этап также может быть растянут по времени и зачастую сливается со следующим (если пациент находится на лечении в стационаре, он одновременно переживает этап сделки и получает пользовательский опыт).

Этап пользовательского опыта. Довольно проблемный вопрос: «Какой опыт пациент почитает положительным, а какой отрицательным?». Контроль этапа крайне важен: даже оказанная по всем стандартам качественная медицинская помощь не всегда приводит к полному излечению пациента или же восстановлению прежнего качества жизни. Некоторым приходится кардинально менять образ жизни после операций или с целью снижения факторов риска. Этап может стать крайним даже с учетом получения положительного опыта: после излечения от заболевания пациенту больше не требуется посещать МО. Если речь идет о стационаре, вероятность повторного обращения зависит от особенностей заболевания и других факторов, которые не поддающихся контролю. В таком случае какая-то часть услуг может быть предоставлена единоразово.

Этап «триггера». Неоднозначен с точки зрения медицинской сферы. Не все услуги можно предоставить повторно. Также нужно проявлять крайнюю осторожность в подборе допустимого спектра «триггеров». К примеру, МО вполне может оповещать о проведении профилактических осмотров, но не стоит делать то же самое, если речь идет об оперативных вмешательствах и т. д.. Некоторые пациенты в связи с особенностями заболеваний предпочитают забыть о своем периоде обращения в МО и больше не контактировать с ней.

Этап петли лояльности. Для формирования лояльности возможно использовать данные карты пациента. По аналогии с использованием истории покупок можно прогнозировать, какие услуги могут потребоваться пациенту в будущем. Но вопрос точности этих прогнозов и этичности использования данных подобным образом остается открытым. Что касается использования таких механик лояльности, как скидки, баллы, кэшбек – никаких явных проблем не имеется, особенно если речь идет о частном учреждении.

Выводы. При составлении ПП следует учитывать тип заболевания, специфику МО (частная, государственная; тип ЛУ согласно классификатору).

Список литературы

1. Зуенкова Ю. А. Тренды маркетинговых исследований рынка здравоохранения // Практический маркетинг. 2021. № 10.
2. Ячменникова М. С., Ячменникова А. С., Аракелова И. В., Альщук Н. А. Ценностное управление в здравоохранении: Европейский опыт// Сборник материалов V МНПК «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» Волгоградский государственный медицинский университет. 2020 г.
3. Балахнин И. А. «Маршрут построен! Применение карт путешествия потребителя для повышения продаж и лояльности»: Альпина Паблишер / Москва; 2019.

УДК 659.4

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ САЙТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ С ЦЕЛЮ УВЕЛИЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОПОТОКА

Кабытов Алексей Олегович

Россия, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Днепроvская И. В.

Введение. В настоящее время, в век массовой цифровизации и обмена информацией посредством сети Интернет невозможно представить, чтобы стоматологическая клиника не имела интернет-сайта или хотя бы аккаунта в социальной сети. Одним из основных способов привлечения клиентов и продвижения клиники является сайт, являясь каналом коммуникации. Однако, существуют проблемы, связанные с успешной работой сайта клиники.

Целью работы является исследование вопроса оптимизации сайта стоматологической клиники для увеличения пациентопотока, а также повышения мотивированности и удобства потенциальных клиентов за счет роста показателей посещаемости.

Материалы и методы. В ходе изучения вопроса было рассмотрено 12 сайтов стоматологических клиник Волгограда и Волжского.

Результаты и обсуждение. Мониторинг сайтов стоматологических клиник выявил следующие особенности:

- не каждый сайт адаптирован для смартфонов и планшетов, что, в свою очередь, снижает удобство использования для потенциальных клиентов;
- отсутствует информация о квалификации врачей, что снижает лояльность клиентов, ведь для пациента важно знать кому он доверяет своё здоровье;
- отсутствует раздел «отзывы», что снижает уровень доверия к данной клинике;
- отсутствует кнопка записи на прием, а вместо этого указан номер телефона, не являющийся прямой ссылкой на звонок (с мобильных устройств);
- для получения доступа к перечню услуг и цены, необходимо сделать несколько переходов (неинформативная навигация по сайту).

Принимая во внимание все выявленные недочеты и особенности, можно дать следующие рекомендации по дополнению сайтов.

1) Кнопка записи на прием. Может перенаправлять в раздел со специалистами для круглосуточной записи, либо для заполнения формы обратного звонка с выбором удобного времени для звонка.

2) Увеличение продаж самой маржинальной услуги. Руководство извлекает выгоду из продажи услуг с наибольшей маржинальностью, именно по этой причине на сайте клиники стоит делать упор именно на такие услуги, поскольку они приносят основной поток доходов.

3) Вывод новой услуги на рынок. Одна из целей сайта – создать спрос на новую услугу и продвигать ее. Измерение эффективности возможно при подаче заявок на новую услугу.

4) Оптимизированный сайт. Через сайт проще и дешевле привлекать клиентов, потому что, если человек оказался на сайте клиники, он, вполне вероятно, заинтересован в стоматологических услугах. Чтобы понять, достигает ли сайт поставленной цели, обычно измеряется конверсия сайта и рекламы, оценивается цена LEAD-а, измеряется ROMI (коэффициент возврата маркетинговых инвестиций) с учетом всех затрат на онлайн-маркетинг и суммы заказа из интернета.

5) Увеличение среднего чека за счет комплексного предложения. Для этого можно ввести блок «С этой услугой заказывают» – например, на странице, посвященной гигиене полости рта, можно предложить фторирование; разработать текстовую начинку, где уточняются все аргументы в пользу дополнительных услуг, более дорогостоящих материалов, систематического профилактического осмотра.

6) Продумать раздел статей, в котором сообщается о сервисных комплексах, правилах гигиены, новых материалах, инновационных технологиях. В этом разделе можно настроить форму подписки на последние новости в стоматологии. Таким образом, возможно создать группу заинтересованных в данной тематике пользователей и обеспечить дополнительные продажи через информационные рассылки. Так же, необходимо сделать разводящий модуль по основным типам услуг:

- краткая информация о клинике;
- информация о врачах;
- свежие отзывы;
- акции и новинки;
- карта проезда;
- услуги и цены.

7) Отзывы. Это должна быть отдельная страница обратной связи. Лучше, если это будут отзывы от пациентов, которые вошли в систему через социальные сети, что вызовет больше доверия у посетителей сайта. Лучше постоянно собирать отзывы от пациентов и давать за это скидки и бонусы. Люди редко делятся тем, что им нравится, но они с удовольствием пишут отрицательные отзывы.

Выводы. Правильное наполнение сайта стоматологической клиники в комплексе с маркетинговыми мероприятиями и удобным алгоритмом записи на прием, позволит сделать сайт более удобным и привлекательным для потенциальных клиентов, что соответственно привлечёт клиентов реальных.

Список литературы

1. Бакшт, К. А. Построение отдела продаж / Бакшт, К. А.; – М: Питер, 2016. – 39 с.
2. Муромцев, Г. А. Маркетинг для стоматологии на 100 % / Муромцев, Г. А.; – М: Литагент-Ридеро, 2018. – 13 с.
3. Юрий Чередниченко. Маркетинг в Интернете. Сайт, который зарабатывает. – СПб.: Питер, 2012. – 176 с.
4. Семенцов, А. Б. Upgrade отдела продаж / Семенцов, А. Б.; – М: Питер, 2017. – 20 с.

УДК 316.776.32

TELEGRAM-КАНАЛ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ БРЕНДА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Трофимов Дмитрий Викторович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Узнаваемость бренда медицинского вуза напрямую зависит от нескольких факторов: достоверности распространяемой информации, наличия пула авторитетных экспертов готовых к публичной деятельности, возможности пресс-службы самостоятельно и в достаточном количестве генерировать позитивные информационные поводы и их преобладания над негативными. При этом наиболее значимым в условиях глобальной цифровизации представляется оперативность распространяемой информации. Одним из средств для публикации и распространения информации могут быть новые медиа, в число которых входит мессенджер Telegram. Эксперты утверждают, что телеграмм-каналы все больше становятся прямыми конкурентами традиционных информационных агентств, опережая их по оперативности и жанровому многообразию [1, 114].

Актуальность данного исследования обусловлена снижением интереса представителей средств массовой информации к медицине в целом и к медицинскому образованию в частности, в связи с падением уровня заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в 2022 году.

Цели и задачи. Цель исследования – определение эффективности использования telegram-канала пресс-службой медицинского университета для продвижения бренда медицинского вуза.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение 2020, 2021, 2022 годов и включало в себя общенаучные методы познания: анализ данных ресурса TGStat [2], мониторинг публикаций в Средствах массовой информации с помощью агрегатора «Яндекс.Новости» [3], сравнение, обобщение, изучение научной литературы.

Официальный telegram-канал Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России (@volggmu_vuz) был создан 16 сентября 2020 года с целью массового распространения информации для продвижения бренда медицинского вуза. За двухлетний период в качестве постов и репостов было опубликовано 5779 сообщений (340 в месяц, 12 в день) на темы: профилактика новой коронавирусной инфекции COVID-19 и других социально значимых заболеваний; научные достижения профессорско-преподавательского состава и студентов вуза; здоровый образ жизни; успехи студентов в образовательной, научной, внеучебной деятельности. Героями публикаций стали студенты, профессорско-преподавательский состав, врачи университетских клиник, пациенты. Ведь, как известно, репутация вуза, складывается из отдельных репутаций (ректора, студентов, преподавателей), которые могут рассматриваться как самостоятельно, так и в совокупности [4, С. 29].

Публикации носили рекламный характер и были направлены на побуждение абитуриентов к поступлению на обучение в Волгоградский государственный медицинский университет для освоения образовательных программ; а также привлечению внимания взрослого населения к перечню оказываемых медицинских услуг в сфере стоматологии, терапии, урологии, эндокринологии, хирургии и других медицинских направлений, реализуемых в клиниках университета и услуг физкультурно-оздоровительного комплекса.

Канал volggmu_vuz являлся платформой для публикации объявлений для преподавателей и студентов, анонсов предстоящих университетских мероприятий. Канал «ВолгГМУ» еженедельно на протяжении двух лет публиковал цикл научно-популярных программ «Позовите профессора!», созданный с использованием аудиовизуальных технологий и направленный на популяризацию профессии врача, медицинского просвещения населения, продвижение консультативных услуг клиник университета.

Публикации размещались в виде текстовых и видео сообщений, фото и графических иллюстраций.

Результаты и обсуждение. К основным результатам можно отнести следующие полученные данные. Количество подписчиков telegram-канала Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России (@volggmu_vuz) составило 2 689 человек. Средний прирост подписчиков на протяжении последнего года за неделю равен 32, за месяц – 127. Средний охват публикации в telegram-канале – 1296 человек. ERR (вовлеченность подписчиков) составляет 48,2 %. Публикации читают 49 % подписчиков, в первые 24 часа – 31 % подписчиков. В первый час новая публикация набирает 35 % просмотров. Индекс цитирования составляет 13.88, цитируют @volggmu_vuz 250 каналов, которые сделали 2850 упоминаний канала, 1041 репост.

После создания telegram-канала «ВолгГМУ» количество положительных и нейтральных упоминаний Волгоградского государственного медицинского университета в средствах массовой информации федерального уровня составило за 2020 год – 890, за 2021 год 1387 (в 2019 году – 191). Из них в федеральных печатных изданиях, теле- и радио-СМИ в 2020 году – 99, в 2021 году 256 упоминаний (в 2019 году – 38). В интернет-изданиях в 2020 году – 791 и в 2021 году 1131 против 153 в 2019 году.

Следствием планомерной информационной компании с использованием telegram-канала «ВолгГМУ» стало ежегодное наблюдаемое увеличение числа абитуриентов, подающих заявления на поступление в Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, увеличившийся спрос на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях стационара клиник вуза, а также возросший интерес к услугам физкультурно-оздоровительного комплекса медуниверситета «Волгомед».

Выводы. Таким образом, по результатам исследования очевидно, что telegram-канал является оперативным и эффективным средством распространения информации о деятельности медицинского вуза, оказывающим прямое влияние на количество положительных и нейтральных упоминаний медицинского университета в федеральных и региональных средствах массовой информации, что способствует продвижению бренда медицинского вуза в общественной среде, привлечению внимания населения к оказываемым образовательным, медицинским и иным услугам.

Список литературы

1. Филиппов, В. Н. Индустрия новых медиа в экосистемах новой реальности / В. Н. Филиппов // Российская школа связей с общественностью. – 2021. – № 22. – С. 109–126.
2. TGStat – [Электронный ресурс]. – Режим доступа https://tgstat.ru/channel/@volggmu_vuz/stat (дата обращения: 12.10.2022)
3. Яндекс.Новости – [Электронный ресурс]. – Режим доступа https://dzen.ru/news?issue_tld=ru (дата обращения: 11.10.2022)
4. Шкарин, В. В. Продвижение бренда медицинского вуза в сети интернет с использованием аудиовизуальных технологий / В. В. Шкарин, Д. В. Трофимов, А. В. Зуб // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 19. – № 2. – С. 28–32.

УДК 339

ОСОБЕННОСТИ БРЕНДИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Кувшинов Илья Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ,

Князев Сергей Александрович

Введение. Особенности брендинга медицинских организаций в России определяют сам подход к продвижению медицинских услуг, также дефицит квалифицированных специалистов приводит к обострению конкуренции между учреждениями. Вышеупомянутые обстоятельства актуализируют вопросы совершенствования брендинга медицинских организаций и систем управления ими [1].

Цели и задачи. Изучение брендинга медицинских организаций и выделение особенностей создания бренда в лечебно-профилактическом учреждении на примере ООО «ЭндоВИЗИОН».

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, сравнение, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. Как и в любой другой организации от бренда зависит эффективность деятельности учреждения. Бренд медицинской организации, в большинстве своем, состоит из маркетинговой деятельности (положение организации на рынке медицинских услуг, имидж услуг и их известность) [1]. Нужно осознавать то, что сильный бренд – это залог успеха для предприятия и собственника. Также сильная система управления брендом помогает потребителям, партнерам и сотрудникам сформировать приоритеты для создания долговременных взаимоотношений. Основными особенностями брендинга медицинских организаций являются: 1) формирование идеи или миссии бренда; 2) анализ рыночной ситуации в соответствующей нише; 3) придание бренду уникальных черт и особенностей с учетом специфики деятельности; 4) формировании особенной атрибутики [2]. В рамках анализа маркетинговой деятельности ООО «ЭндоВИЗИОН», в состав которой входит брендинг, были задействованы элементы цифрового маркетинга: создание бренда с помощью социальных сетей, мобильного приложения, клиентоориентированной политики и размещение информации об услугах и врача на крупнейших сайтах (ПроДокторов). В дальнейшем сформировалась лояльность пациентов к организации и бренду медицинского учреждения. Положительные отзывы, благодарности, увеличение потока пациентов и запись на недели вперед, оказали благоприятное воздействие на развитие организации и её дальнейшее расширение.

Выводы. Таким образом, обосновано, что медицинским учреждениям необходим бренд – как важная составляющая для всестороннего развития организации. На данном примере видно, что элементы цифрового маркетинга, созданные с учетом спецификой отрасли, помогли сформировать имидж, повысить лояльность пациентов к ООО «ЭндоВИЗИОН» и усовершенствовать бренд медицинской организации.

Список литературы

1. Искакова, Л. Р. Особенности HR-бренда медицинской организации / Л. Р. Искакова // Вестник науки. – 2019. – Т. 5. – С. 28–33.
2. Мамаева, Д. Д. Исследование практики применения инструментов Digital-маркетинга в сфере здравоохранения с целью формирования лояльности к бренду стоматологической клиники / Д. Д. Мамаева // Вестник евразийской науки. – 2020. – № 6. – Т. 12. – С. 1–11.

УДК 338.28

КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» КАК ИНСТРУМЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Селиванова Злата Дмитриевна

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

Введение. В современной России, особенно в условиях пандемии, система здравоохранения испытывает большую нагрузку. Медицинский персонал работает на пределе своих возможностях, стремясь оказать медицинскую помощь всем нуждающимся, совсем забывая уделить внимание себе и своему здоровью – в частности. Возникла необходимость в создании медицинскими и иными связанными с медициной учреждениями различных корпоративных программ по поддержанию и укреплению здоровья персонала на рабочем месте и повышению их квалификации.

Цели и задачи. Изучение различных корпоративных программ по сохранению здоровья на рабочем месте и разработка рекомендаций по их совершенствованию с участием в различных мероприятиях с целью популяризации данного движения в медицинской сфере на примере ГБУЗ «ВРЦОЗиМП».

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода. В процессе исследования были использованы такие методы, как анализ, синтез, сравнение, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. Как и в прочих медицинских организациях, от эффективности применения программы «Здоровье на рабочем месте» зависит то, насколько хорошо будут чувствовать себя сотрудники в течение рабочего дня, и как следствие – насколько профессиональнее они будут проявлять себя в работе с другими людьми. Чрезмерная нагрузка в течение рабочего дня негативно сказывается не только на работоспособности, но и на иммунной системе сотрудника, поэтому важно не только сохранить умственное и физическое здоровье, но и укрепить его, что возможно при соблюдении следующих рекомендаций: 1) собрать досье на каждого сотрудника со всеми необходимыми медицинскими данными, чтобы лучше понимать возможности каждого кадра; 2) создать на рабочем месте условия, способствующие комфортной и безопасной для здоровья работе; 3) поощрять различную физическую активность сотрудников и организовать данную активность непосредственно на рабочем месте; 4) разместить на рабочем месте и в комнатах для персонала различные рекомендации, связанные с поддержанием физической и умственной активности, а также с гигиеническими нормами, нормами здорового и правильного питания и т. д.; 5) проводить регулярный медицинский чек-ап организма каждого сотрудника с целью отслеживания состояния здоровья; 6) регулярно проводить различные мероприятия и принимать участие в мероприятиях других организаций, направленных на укрепление здоровья и иммунитета, таких как «Ходьба в радость» [1], ежегодные марафоны, оздоровительные форумы и многие другие.

Выводы. Изучив корпоративные программы по сохранению и укреплению здоровья на рабочем месте и проведя анализ полученных данных, были сделаны выводы, что ввиду ряда недостатков данные программы не являются эффективными на все 100 %. Благодаря предложенным рекомендациям и грамотному руководству «Здоровье на рабочем месте» прочно войдёт в повседневную жизнь сотрудников медицинских учреждений и поможет им не только сохранить и улучшить физическое здоровье, но и повысить их квалификацию в связи с данными улучшениями.

Список литературы

1. Ходьба в радость. – Текст: электронный. – <https://vocmp.oblzdrav.ru/hodba-v-radost-na-zdorovie.html> (дата обращения: 26.10.2022)
2. Архангельский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики – Текст: электронный. – <http://zdorovie29.ru/patsientam/zdorove-na-rabochem-meste/> (дата обращения: 26.10.2022)

УДК 659.3

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ «ДИАЛАЙН»

Меньшакова Мария Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент кафедры экономики и менеджмента Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Структура здравоохранения является важнейшей частью в общественной системе, эффективное функционирование данной структуры позволяет населению беспрепятственно

получать медицинскую помощь. Учитывая современную структуру здравоохранения, основополагающим фактором при взаимодействии потребителя и клиники является маркетинговые исследования и оценка эффективности маркетинговой политики медицинских услуг.

Цели и задачи. Проследить систему маркетинговой политики на примере многопрофильной клиники «Диалайн».

Материалы и методы. При выполнении данного исследования были использованы периодические издания, данные официального сайта «Диалайн» и его партнеров [4].

Результаты и обсуждение. При осуществлении политики маркетинга организация учитывает возможности потребителя, возможности лечебного учреждения, конкуренцию, что в итоге приводит к созданию качественных медицинских услуг и продвижению на рынке сбыта [1]. Организация изучает целевую аудиторию. На данном этапе медицинское учреждение изучает поведение пациентов в конкретной области. Здесь очень важно определить причины, по которым пациенты обращаются в ту или иную медицинскую организацию. [3]

Одним из инструментов понимания потребителя может служить карта эмпатии платного пациента. Эффективность данной карты можно проследить на примере многопрофильных клиник «Диалайн». Карта эмпатии визуализирует характеристики целевой аудитории: потребности, мотивы, ценности, проблемы и т. д. С помощью полученной информации маркетологи смогут сформировать концепцию дальнейшей работы, определить, какие аспекты не освещены в обществе и в каких направлениях стоит двигаться клинике [2].

Учитывая современные условия существования клиник, анализ спроса на конкретные услуги является эффективным инструментом продвижения и изучения потребителей в динамике за несколько лет.

Выводы. Таким образом, 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 персональное выгодное предложение, которое удовлетворило бы его потребности. Для этого используются различные инструменты, которые помогают узнать, чего хочет клиент. Это помогает выявить нужные потребности и повысить уровень предоставляемых услуг.

Список литературы

1. Баксанский, О. Е., Технологии манипуляции массажи: реклама, маркетинг, PR, GR (когнитивный подход). Карманная книга политехнолога. М. Ленанд, 2018. 224 с.
2. Гуревич, П. С. Социология и психология рекламы: учебное пособие для вузов / П. С. Гуревич. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2019. 462 с.
3. Коноваленко В. А. Реклама и связи с общественностью: введение в специальность: учебник для бакалавров / В. А. Коноваленко, М. Ю. Коноваленко Н. Г., Швед. М.: Юрайт, 2019. 383 с.
4. Официальный сайт клиники «Диалайн» [Электронный ресурс] // URL.:<https://dialine.org/>

УДК 658.8.012.2

ВАЖНОСТЬ РАЗРАБОТКИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Тарасов Михаил Валерьевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н. Гапоненко Юлия Владимировна

Введение. Увеличение количества организаций, предоставляющих платные медицинские услуги и усиливающаяся в связи с этим конкуренция, проблемы, возникающие в связи с пандемией и её последствиями, политическая ситуация и реакция людей на неё, увеличение расходов

населения на предметы первой необходимости из-за повышения цен на них, появление крупных медицинских корпораций – все это влияет на рынок медицинских услуг. В сложившихся условиях стратегический маркетинг в сфере здравоохранения становится критически важным. Наличие маркетинговой стратегии медицинского центра и её эффективная реализация должны в ближайшем будущем усилить позицию организации относительно конкурентов, увеличить количество клиентов, и, как следствие, – увеличить прибыль, а в долгосрочной перспективе – возможность расширяться и выйти на новые рынки.

Цели и задачи. Цель данного исследования: указать на важность разработки маркетинговой стратегии медицинской организации. Для достижения данной цели, поставлены следующие задачи:

- определить необходимость разработки маркетинговой стратегии и факторы, влияющие на её разработку, а также положительные моменты её применения;
- провести опрос для определения факторов, которые влияют на достижение большего результата;
- рассмотреть современные тренды маркетинговой стратегии.

Материалы и методы. Теоретической и методологической основой исследования послужили анализ и синтез информации представленной в трудах российских и зарубежных, ученых и практиков в области разработки маркетинговой стратегии. Также для получения информации о важности разработки маркетинговой стратегии медицинской организации использовался имперический заочный метод исследования – анкетирование различных категорий людей на платформе Google Forms. Результаты исследования были обработаны и зафиксированы.

Результаты и обсуждения. Грамотно документально оформленная стратегия – план дальнейших действий, как в ближайшей перспективе, так и для долгосрочной реализации, который призван помогать создавать увлекательный контент. Контент-маркетинг в медицине – это стратегический маркетинговый подход, придерживающийся строгих правил и законов, характерных для медицинской отрасли, и направленный на создание плана для привлечения клиентов и их удержания.

Продуманная, структурированная и оформленная стратегия медицинского маркетинга очень важна. Она помогает повысить узнаваемость бренда, выделить его среди конкурентов, а также занять лидирующие позиции в медицинской сфере.

Пациенты доверяют профессионалам, поэтому, при предоставлении своего бренда и сотрудников в качестве экспертов по волнующим людей темам, приобретается их доверие. Маркетинговая стратегия управляет каналами digital маркетинга и способствует непрерывному SEO и посещаемости сайта, которое эффективно только при условии регулярной и качественной публикации ценного и актуального контента.

При применении маркетинговой стратегии есть ряд положительных моментов:

- она позволяет держать всю команду на одной волне, когда каждый член, согласовывая свою роль с другими, понимает её важность в общем проекте;
- даёт возможность измерить успех выполненной работы, прогнозировать и контролировать результаты, оценивать их соответствие ожиданиям;
- улучшает распределение ресурсов и бюджета, помогая контролировать, обосновывать и видеть все статьи расходов, при необходимости выделяя ресурсы для сохранения бюджета.

При определении факторов, которые влияют на достижение большего результата при разработке маркетинговой стратегии, использовался метод опроса.

В опросе приняли участие 85 человек, среди которых: люди рабочих профессий (24 %), интеллигенция (20 %), студенты (36 %), пенсионеры (18 %) и неработающие люди (2 %). В результате исследования было выявлено, что 68% респондентов иногда обращаются в частные медицинские учреждения, 29 % – часто, и только 3 % посещали один-два раза медицинские организации.

В результате выявлено, на что в первую очередь обращают внимание опрошенные люди. Это и должно учитываться менеджерами и маркетингологами.

1. Надёжность репутации клиники (67 %). На это влияет квалификация работающих в ней врачей, эффективность их лечения, а также уровень предлагаемого в клинике сервиса.

2. Снижение уровня страха и уменьшение стресса при обращении за консультацией и лечением уже на начальном этапе – этапе записи на приём или на ресепшене (15 %).

3. Предложение скидок и акций при повторном посещении врача и посещении смежных специалистов (18 %).

Таким образом, именно эти факторы и должны учитываться менеджерами и маркетологами.

Если медицинская организация планирует получать высокую прибыль и стать лидером среди подобных организаций, необходимо постоянно следить за новшествами в сфере маркетинга и компьютерных технологий и искать нестандартные пути привлечения новых клиентов.

Среди современных трендов преобладают следующие:

- создание мобильных приложений, которые использует пациент;
- запись ко врачу и получение он-лайн и оф-лайн консультаций с использованием мессенджеров;
- получение ответов на вопросы о здоровье при проведении удалённых консультаций со специалистами;
- запись подкастов на особо интересующие людей темы о здоровье и медицине;
- создание комиксов на злободневные темы;
- создание мемов по важным вопросам;
- создание видеороликов по современным стандартам;
- привлечение к рекламе клиники людей (как в масштабах города, так и страны в целом), которым доверяют клиенты.

Выводы. Разработка стратегии медицинского маркетинга – очень важный и непрерывный процесс совершенствования и развития для адаптации к изменениям рынка и целям бренда медицинской организации. Для увеличения шансов на успех необходимо достаточно часто тестировать разные типы контента, оценивать результаты, делать практические выводы, использовать современные методики и техники в работе.

Список литературы

1. Баранов, А. А. Разработка маркетинговой стратегии предприятия / А. А. Баранов, Я. Н. Городнянская // Экономика и социум. – 2016. – № 4–1 (23). – С. 183–186
2. Виханский, О. С. Стратегическое управление : учебник / О. С. Виханский. – Москва : Гардарики, 2016. – 299с.
3. Инновационные модели и инструменты управления промышленным предприятием: монография / С. В. Волков, Ю. В. Гапоненко, Г. С. Мерзликина, О. А. Минаева, Е. К. Пономарева, В. Ф. Трунина, О. М. Шаталова, С. А. Шевченко; под ред. Г. С. Мерзликиной; ВолгГТУ. – Волгоград, 2015. – 112 с.
4. Gushchin, M., Dontsov, D., Gaponenko, Y., Gushchina, E., & Yushkova, N. (2019). Infrastructural Priorities And Regularities Of Spatial Development Of Regional Systems. In & V. A. Trifonov (Ed.), Contemporary Issues of Economic Development of Russia: Challenges and Opportunities, vol 59. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 474–483). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.51>.

УДК 139.138

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КОНЦЕПЦИИ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кукина Елена Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Последние два десятилетия отмечены значительными изменениями как в теории, так и практике маркетинга взаимоотношений. Активное развитие сферы услуг способствует росту внимания теоретиков и практиков маркетинга к концепции маркетинга отношений, ядром которой является клиентоориентированный подход.

Фокусирование на потребностях клиентов оказывает прямое воздействие на результаты деятельности организации, выступает залогом её финансовой стабильности и роста. Особую актуальность данная концепция приобретает для медицинских услуг, качественное оказание которых не только формирует аспекты удовлетворенности пациентов, но и определяет качество их жизни.

В данный момент, в сфере здравоохранения наблюдается тенденция активного движения к рыночному механизму взаимодействия, что актуализирует применение новых для отрасли принципов маркетинга отношений как основы взаимодействия двух ключевых сторон медицинской услуги – пациента и врача.

Цели и задачи. Актуализация концепций маркетинга отношений применительно к сфере оказания медицинских услуг.

Методы и материалы. Теоретической и методической основой исследования явились труды отечественных и зарубежных авторов в области маркетинга взаимоотношений. Исследование базируются на системном подходе, методах сравнения, сопоставления и синтеза информации.

Результаты и обсуждение. Необходимость оптимизации управленческой деятельности организаций сферы здравоохранения вызвана, в первую очередь, стремительным её развитием и возрастающими потребностями в медицинских услугах. Чтобы найти наиболее эффективную систему управления организацией необходимо разработать ее маркетинговую концепцию или технологию [1]. По мнению специалистов, внедрение современных технологий управления маркетингом в систему здравоохранения предопределено тем фактом, что на сегодняшний день существует государственный и частный секторы медицины, сформировалась система обязательного и добровольного страхования, функционируют элементы рыночных отношений.

В основе общей концепции маркетинга отношений лежит идея о том, что наличие отношений между двумя сторонами сделки купли-продажи товаров или услуг создает дополнительную ценность как для продавца, так и для покупателя. Расширенная интерпретация термина относится ко всем маркетинговым мероприятиям, которые направлены на установление, развитие и поддержание успешного взаимодействия [2].

Часть авторов рассматривают маркетинг отношений как комплексную систему долгосрочных взаимовыгодных отношений между партнерами на рынке медицинских услуг. Согласно другим мнениям, маркетинг отношений направлен на удовлетворение нужд потребителей, формируя конкурентоспособную сеть сбыта. В этой связи маркетинг отношений включает в себя управление продажами, удовлетворение участников сбытового процесса, установление и поддержание каналов распределения. С точки зрения П. Темпорал и М. Тротт, маркетинг отношений базируется на создании сильной торговой марки, которая может быть создана благодаря грамотному сочетанию систем и процессов, и помогает сотрудникам лучше чувствовать желания клиентов и направлять диалог в соответствии с их требованиями [3].

С одной стороны, маркетинг отношений рассматривается как самостоятельная теория управления маркетингом, которая является частью общей теории маркетинга. С другой стороны, маркетинг отношений представляется инструментом маркетинга, в котором основной упор

сделан на создание ценности у потребителя и его удержание. Все вышеперечисленные подходы к восприятию маркетинга дополняют друг друга (табл. 1).

Таблица 1

Определения понятия «маркетинг отношений»

Автор	Определение «маркетинг отношений»
Ф. Котлер	маркетинг отношений – это процесс использования детальной информации о каждом конкретном покупателе и управления всеми «точками соприкосновения» с клиентами с целью максимизации покупательской лояльности. Построение многогранных взаимодействий с покупателями, участниками каналов распределения и прочими маркетинговыми партнерами.
Д. Шани, С. Чаласани	маркетинг отношений как интегрированные усилия по созданию и развитию сети с индивидуальными потребителями.
К. Грэнроос	маркетинг отношений – практика построения долгосрочных взаимовыгодных отношений с ключевыми партнёрами.
Э. Гуммессон	маркетинг, основанный на взаимоотношениях, сетях и взаимодействии, ориентирован на долгосрочные взаимовыгодные отношения с отдельными потребителями; ценность создается участвующими в отношениях сторонами совместно.
Ж.-Ж. Ламбен	маркетинг отношений – укрепление долгосрочных и взаимовыгодных отношений не только с ценными покупателями, но и остальными группами влияния, хотя основной акцент в управлении отношениями с покупателями должен делаться именно на покупателях.
А. В. Мартышев	маркетинг отношений – это концепция управления маркетингом на основе построения долгосрочных, взаимовыгодных отношений с ключевыми партнерами: клиентами, поставщиками, дистрибьюторами, персоналом и др.
О. А. Третьяков	маркетинг отношений – глобальная система, которая формирует конкурентоспособную сеть сбыта. Включает в себя такие понятия, как управление продажами, в которую входят управление системой сбыта, удовлетворенность участников сбытового процесса, каналы распределения. Это процесс построения долгосрочных взаимовыгодных отношений и поддержание доверительных отношений с ключевыми партнерами организации: клиентами, поставщиками, дистрибьюторами, персоналом за счет предложения высококачественных услуг и продуктов заинтересованным сторонам в течение длительного времени.

Источник: составлено автором

Выводы. Таким образом, феноменология маркетинга отношений в сфере оказания медицинских услуг, где медицинский персонал становится их «производителем», а пациент, соответственно, становится их потребителем и основной целью этих взаимоотношений является обеспечение главной ценности – здоровья пациента, связана с долгосрочностью обязательств, взаимностью, доверием и отзывчивостью.

В современных условиях система оказания медицинской помощи приобретает черты маркетингового подхода, где должны быть соблюдены два важных условия: взаимоуважение и понимание пациента, как независимого партнера, а также обеспечение его удовлетворенности и лояльности.

Список литературы

1. Абрамов А. Ю., Кича Д. И., Рукодайный О. В. Категория маркетинга отношений в медицинских организациях // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2018. № 3. С. 314–321.; Абрамов А. Ю., Кича Д. И. Маркетинг отношений в практически ориентированном здравоохранении // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 5. С. 1–2.
2. Elrod J. K., Fortenberry J. L. Integrated marketing communications: a strategic priority in health and medicine // BMC Health Services Research. 2020. Т. 20. № 1. С. 1–5.
3. Бикметов Е. Ю., Гумерова З. Ж., Рувенный И. Я. Социально ориентированный маркетинг в управлении проектами высокотехнологичных медицинских инноваций // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. 2020. № 2. С. 303–315.

УДК 659.1

ФОРМИРОВАНИЕ БРЕНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ А.В. ЗОЗУЛЁВА

Князева Марина Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В современных условиях увеличения конкуренции на рынке медицинских услуг всё большее значение приобретает вопросы отличия одних медицинских организаций от других. Одним из важных факторов конкурентоспособности, который облегчает поиск и привлечение новых пациентов, даёт возможность повышать стоимость медицинских услуг, а также привлекать и удерживать талантливый медицинский персонал, является бренд медицинской организации.

Цели и задачи. Целью статьи является обоснование необходимости формирования бренда медицинской организации для решения стратегической задачи обеспечения и повышения её конкурентоспособности на рынке медицинских услуг. Задачей является рассмотрение бренда медицинской организации через призму модели Александра Викторовича Зозулёва.

Материалы и методы. Материалом послужили обобщённые данные о медицинских брендах. Методом исследования является анализ жизненного цикла бренда медицинской организации на основе модели А. В. Зозулёва [1].

Результаты и обсуждение. Выбор модели А. В. Зозулёва в качестве методологической базы исследования обусловлен её динамическим характером, в отличие от многих других моделей, используемых в бренд-менеджменте, что позволяет диагностировать уровень развития бренда и дать дальнейшие рекомендации по его совершенствованию.

Базовым принципом применения этой модели является рассмотрение работы с брендом в качестве долгосрочной инвестиции, осознания чего не хватает руководству многих медицинских организаций. Из этого принципа следует как минимум два вывода: во-первых, разрушается иллюзия руководства медицинской организации, что работа над брендом может ограничиться эпизодическими всплесками активности в сфере рекламы и продвижения; во-вторых, формируются определённые финансовые ожидания отдачи от этих инвестиций, которая существует в виде надбавки к цене медицинской услуги или притока дополнительных пациентов [2].

В основании пирамиды Зозулёва лежит информированность целевой аудитории о существовании бренда. Здесь большое значение для медицинской организации имеют нарративные практики брендинга [3], например, сообщения в социальных сетях, реклама в СМИ, «сарфанное радио» и пр.

Сужаясь, пирамида Зозулёва на второй ступени постулирует необходимость информирования целевой аудитории о специфике бренда. Здесь имеется большое разнообразие форматов и методов работы с брендом медицинской организации – от архетипирования до дискурс-анализа, причём этот континуум методов может использоваться в комбинации друг с другом. Например, при выборе архетипа (допустим, Родителя) можно подобрать и соответствующий дискурс (допустим, заботы или контроля) [4].

Третий «этаж» пирамиды Зозулёва формируется посредством техник управления продажами. Например, введение в рекламные практики медицинских организаций техники «ХПВ (Характеристика – Преимущества – Выгоды)» помогает избавить бренд-дискурс от малопонятных целевой аудитории профессиональных жаргонизмов и сконцентрировать внимание пациентов на позитивные последствия для своего здоровья и жизни в случае обращения в медицинскую организацию.

На четвёртом уровне пирамиды Зозулёва важна психологическая дифференциация бренда. Формирование важных с точки зрения пациентов и их близких отличительных особенностей бренда медицинской организации возможно, например, с использованием инструментов нейролингвистического программирования (метапрограммы, нарративные техники «3 рассказа в одном» и др.).

В случае если медицинская организация успешно прошла четыре предыдущих уровня, ей стоит перейти к так называемым программам лояльности, которые, конечно же, будут учитывать специфику бренда, сформированную на нижних этажах пирамиды. Формирование приверженности пациентов обеспечит переход на последний, шестой уровень – здесь и происходит возврат инвестиций в бренд, то есть бренд начинает окупать вложенные средства и приносить долгосрочный экономический эффект (при условии продолжения систематической работы над брендом).

Выводы. Таким образом, модель А. В. Зозулёва позволяет диагностировать стадию, на которой находится бренд-менеджмент данной медицинской организации, а также сформулировать рекомендации и подобрать конкретные инструменты работы над её брендом.

Список литературы

1. Зозулев А., Нестерова Ю. Брендинг в схемах. Модели брендинга: классификация и краткая характеристика // Маркетолог. 2006. № 10, ноябрь. С. 11–12.
2. 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: Волгоградский государственный медицинский университет, 2021. – С. 24–27.
3. 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: Волгоградский государственный медицинский университет, 2019. – С. 346–349.
4. Князева, М. А. Применение трехмерной модели дискурс-анализа к бренд-текстам медицинского вуза / М. А. Князева // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: Сборник материалов V Международной научно-практической конференции, Волгоград, 19–20 ноября 2020 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2021. – С. 222–224.

УДК 338.2

РОЛЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КАПИТАЛА В ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Васильева Варвара Александровна

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

Введение. Интеллектуальный капитал – знания, навыки и производственный опыт конкретных людей, нематериальные активы, включающие патенты, базы данных, программное обеспечение, товарные знаки и др., которые производительно используются в целях максимизации прибыли и других экономических и технических результатов. Зачастую, интеллектуальный капитал имеет большее значение для компании, нежели материальные активы. Кроме того, именно интеллектуальный капитал становится основой цифровизации здравоохранения.

Цели и задачи. Изучение роли интеллектуального капитала в цифровизации здравоохранения.

Материалы и методы. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, описание и обобщение.

Результаты и обсуждение. Регулярно перед медицинской отраслью возникают различные задачи, которые связаны с оптимизацией типовых процессов. В настоящее время, отмечаются положительные изменения в сфере здравоохранения, за счет внедрения передовых технологий. К примерам цифровизации можно отнести телемедицинские консультации, онлайн-записи,

автоматизация учетных систем, электронный документооборот. Вне сомнения, большую роль в цифровизации здравоохранения играет интеллектуальный капитал.

Интеллектуальный капитал – это сумма знаний всех работников компании, обеспечивающая её конкурентоспособность [2]. Интеллектуальный капитал относится к нематериальным активам, он не поддается количественной оценке.

Основой любого предприятия является интеллектуальный капитал. Основная его функция – ускорение прироста прибыли, за счет формирования и реализации необходимых систем знаний. Именно этот вид капитала предприятия задает темп и характер цифровизации здравоохранения, помогает повысить конкурентное преимущество предприятия [1].

Особенно в цифровизации здравоохранения РФ ценится использование искусственного интеллекта. Так, например, в августе 2022 года на базе Московских онкологических центров стали использовать искусственный интеллект для диагностики онкологических заболеваний.

Вывод. Вне сомнения, что цифровизация здравоохранения напрямую зависит от интеллектуального капитала. От его уровня зависит, как скоро новые технологии смогут внедриться в работу предприятия. Кроме того, высокий уровень интеллектуального капитала даёт возможность создать инновационный продукт.

Российские учреждения здравоохранения вкладывают много средств в развитие интеллектуального капитала, чтобы создавать и улучшать медицинские товары и услуги. Благодаря этому может расти уровень медицины РФ на мировом рынке.

Список литературы

1. Руус Й., Пайк С, Фернстем Л. Интеллектуальный капитал: практика управления. СПб: Высшая школа менеджмента СПбГУ, 2017.
2. В. П. Багов, Е. Н. Селезнев, В. С. Ступаков. Управление интеллектуальным капиталом: Учеб. пособие. – М. ИД Камерон, 2018. – Стр. 10–11.

УДК 339.138

МАРКЕТИНГ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЕЁ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ

Юдина Елизавета Васильевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Мелихова Лариса Александровна

Введение. За последние десятилетия медицина поднялась на ранее недостижимый уровень, претерпела множество преобразований, включая реформирование системы управления. В первую очередь, это связано с переходом к рыночной экономике. Изменения, которые произошли в мировоззрении людей, их отношении к сфере услуг, в финансировании здравоохранения и развитии технологий поспособствовали усилению конкуренции между медицинскими учреждениями. В коммерческих и бюджетных организациях здравоохранения менеджеры всё чаще и чаще используют принципы и методы маркетинга, так как это способствует повышению эффективной деятельности медицинской организации, качественного уровня её работы и улучшению обслуживания клиентов. Соответственно поэтому маркетинг является эффективным средством достижения конкурентоспособности.

Цели и задачи. Изучение влияния маркетинга на повышение конкурентоспособности организации здравоохранения на примере ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кардиологический центр».

Задачи:

1. Проанализировать основные факторы конкурентоспособности в сфере здравоохранения.

2. Определить, какое влияние оказывает маркетинг на повышение конкурентоспособности медицинских организаций.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленной задачи послужило использование эмпирических методов познания: наблюдение, сравнение, эксперимент.

Результаты и обсуждение. С каждым годом люди всё больше и больше уделяют особое внимание своему здоровью, что в свою очередь обуславливает рост спроса на медицинские услуги. Вследствие этого повышаются требования к их качеству и ассортименту. Большое количество медицинских учреждений позволяет потребителям иметь свободный выбор их услуг. В свою очередь, перед организациями здравоохранения стоят цели по оптимизации объема и структуры потребления медицинских услуг, по удовлетворению потребностей клиентов и общества в целом. Для их достижения необходимо понимать нужды клиентов в плане лечения и обслуживания и прогнозировать возможные их изменения. Инструменты маркетинга могут помочь в решении данных вопросов, в обеспечении необходимыми методами сбора и анализа информации, а также в разработке конкурентоспособной стратегии развития учреждения здравоохранения.

Борьба медицинских учреждений за привлечение новых потребителей услуг связана не только с возможным увеличением прибыли организации, но и с поддержанием её престижности и закреплении её в качестве лидера по той или иной услуге, которую она оказывает. Поэтому определяющую роль в успехе любой организации здравоохранения играет её конкурентоспособность.

В сфере здравоохранения определяющими факторами конкурентоспособности выступает: набор и качество предоставляемых услуг; стоимость предоставляемых услуг; уровень профессиональной подготовки персонала и его поведение по отношению к клиенту; рыночная репутация и имидж медицинской организации [1].

Развитие, совершенствование и укрепление вышеперечисленных факторов являются основными методами повышения конкурентоспособности медицинского учреждения.

Маркетинг в сфере здравоохранения подразумевает под собой совершенствование методов исследования рынка услуг и принятие своевременных управленческих решений. Поэтому перед любой медицинской организацией, желающей повысить свою конкурентоспособность, стоит выполнение следующих задач:

1. Всестороннее и системное изучение рынка;
2. Определение потенциального спроса;
3. Выявление неудовлетворенных потребностей;
4. Определение набора услуг и их стоимости;
5. Разработка комплекса мероприятий, направленных на удовлетворение текущего спроса и его реализации в будущем [2].

Рассматриваемая нами медицинская организация ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кардиологический центр» является не самым лучшим примером влияния принципов и методов маркетинга на повышение конкурентоспособности организации. В кардиологическом центре маркетингом занимается один сотрудник при том, что служба маркетинга должна состоять из нескольких представителей. Увеличение кадров данного направления было бы необходимо для более детальной проработки, анализа и других маркетинговых исследований.

Несомненно, данная организация является одной из первых в списке по диагностике и лечению заболеваний сердца, однако не единственной. Возможно, этот факт не принуждает руководство создавать мощную структуру данного направления. Тем не менее, стратегия поведения руководства является неоправданной и остро ощущается недооценка понятия маркетинга, так как в условиях современной жесткой конкуренции на рынке медицинских услуг недооценка значимости маркетинга может привести к поглощению организации и её вытеснению другими медицинскими учреждениями данного направления.

Как говорилось ранее, потребитель в настоящее время имеет право выбора медицинской организации, которая сможет предложить нужную ему услугу. И чаще всего люди выбирают

частные медицинские центры и клиники, находящиеся рядом с их домом, потому что у потребителя существуют свои ценности, которые включают в себя удобство расположения, стоимость, профессионализм врачей, широкий спектр услуг и так далее. В связи этим, происходит нехватка пациентов в бюджетных организациях здравоохранения. Однако если бы государственные учреждения использовали инструменты маркетинга, потребители медицинских услуг имели бы представления о плюсах данных организаций и их преимуществах. Например, с помощью маркетинга люди могли бы узнать, как получать федеральные квоты и экономить свои деньги, что очень важно в настоящее время.

Выводы. С каждым годом всё больше и больше медицинских центров и клиник предлагают свои услуги потенциальным потребителям. Рынок четко даёт понять о том, что реклама и медицина неразрывно связаны между собой. Организациям здравоохранения, к которым относится ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кардиологический центр», необходимо использовать инструменты маркетинга адекватные тем рыночным взаимоотношениям, которые существуют в том или ином регионе, для поддержания и повышения их конкурентоспособности.

Список литературы

1. Ананьева Л. Ю. Маркетинг оздоровительных услуг: сектора здравоохранения, сегменты рынка здоровья, повышение конкурентоспособности. – Текст: электронный. – https://spravochnick.ru/marketing/marketing_ozdorovitelnyh_uslug_sektora_zdravoohraneniya_segmenty_rynka_zdorovya_povyshenie_konkurentosposobnosti/ (дата обращения: 22.10.2022).
2. Колесник В. И. Маркетинг медицинских услуг как инструмент эффективной деятельности учреждений здравоохранения // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. – 2020. – № 2. – С. 121–126.

СЕКЦИЯ 8

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 316.6

СОСТАВЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Абросимова Дарья Андреевна

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

Введение. В условиях перехода к экономике знаний мотивация персонала рассматривается не только в качестве решающего фактора обеспечения производительности труда, но и как адекватный способ ответа на глобальные вызовы, а также важнейшее средство решения актуальных задач социально-экономического развития, это связано с ростом внимания к социальным факторам производства, коренным изменением характера и форм участия человека в деятельности современной организации.

Целью данной работы является анализ роли системы и факторов мотивации персонала медицинских учреждений как одного из методов повышения эффективности организации.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи:

1. Провести анализ теоретического материала понятия мотивация;
2. Изучить составляющие систем мотивации;
3. Охарактеризовать основные мотивационные факторы труда для медицинского персонала;

Материалы и методы. На основе наблюдения и анализа данных описать роль и основные составляющие мотивации труда медицинских работников.

Результаты и обсуждение. Как показывает анализ литературы, понятие «мотивация» трактуется по-разному. В одном случае – как совокупность факторов, поддерживающих и направляющих, т. е. определяющих поведение человека, в другом случае – как совокупность мотивов (смыслов и целей деятельности), в третьем – как побуждение, вызывающее активность индивида и определяющее направленность этой активности. Кроме того, мотивация рассматривается как процесс регуляции конкретной деятельности, как процесс как механизм, определяющий возникновение, направление и способы осуществления конкретных форм деятельности, отвечающих за побуждение к деятельности [2]. Для формирования системы мотивации персонала рекомендуется: выявить нужды каждого сотрудника; определить уровень удовлетворенности нужд с учетом интересов работников; выяснить, насколько уровень существующей стимуляции соответствует ожиданиям сотрудников [3].

Для всего работающего персонала создают единые требования, достижение которых приводит к получению соответствующей награды. Работников необходимо ознакомить с теми требованиями, которые помогут достичь желаемого результата; стимулирование должно соответствовать нормам причинно следственных связей [4]. Это значит, что сотрудники, которые достигли определенных результатов, получают награду в течение самого ближайшего времени. Если это материальное поощрение, его выплачивают сразу же, не дожидаясь очередной заработной платы.

Определение схемы мотивации персонала происходит в несколько этапов: анализ и диагностика существующей системы мотивации труда персонала; установление сроков проведения и заполнения анкеты; обработка результатов анкетирования; анализ полученных данных; корректировка существующей системы мотивации, или разработка новой [1]. Ускорение социальных

процессов в настоящее время даёт возможность реализации нескольких механизмов профессионализации. Представления о профессионализме – это комплекс разделяемых большинством представителей данной профессиональной группы образов эталонного осуществления рабочей деятельности, предназначенных отобразить смыслы достижений, ориентиры в профессии, направленность реализации трудовой деятельности и мотивирующие факторы. В системе профессиональной культуры врача выявлены три типа представлений о профессионализме – «традиционный», «адаптивный» и «новаторский».

Традиционный тип характеризуется направленностью на квалификационный уровень врача. У них более высокие требования к технической оснащённости рабочего места, коммуникации с коллегами имеют наименьшую значимость. Основными мотивирующими факторами для данной группы врачей выступают различного рода обучения, возможности повышения квалификации и использования передовых технологий в работе.

Особенностью носителей адаптивного типа является ориентация на комфортные условия [5]. Они ассоциируют успешность в карьере с высоким уровнем уважения пациентов, им свойствен высокий уровень самооценки профессиональных достижений. В тех сферах, где поддержание норм поведения, предполагающих высокий уровень профессионализма, требует дополнительных усилий, мотивация врачей этой группы выражена слабо, как и уровень мотивации к получению профессиональных знаний.

Врачи новаторского типа являются количественно наименьшей группой и имеют высокие требования по отношению к собственному уровню квалификации, у них обнаруживаются склонность к поддержке молодых, поскольку в целом они больше готовы вступать во взаимодействие по обмену опытом, стимулирующими факторами для такой группы является предоставление возможности выступать в роли наставника, преподавателя, а также показывают самый высокий уровень мотивации и удовлетворённости своей работой при наличии возможностей использования в работе передовых технологий. [6]

Выводы. Сегодня медицинские сотрудники организации рассматриваются уже не просто как личности, а в социокультурном аспекте, объединившись на добровольной основе. В связи с этим руководители задумываются о необходимости внедрения и развития системы мотивации в своей организации, которая будет отвечать требованиям и мотивам как отдельных групп работников, так и всего коллектива. Именно поэтому результаты деятельности организации зависят не только от способностей и компетентности сотрудников, но и от их мотивации к труду, развитой потребности в достижении целей.

Список литературы

1. Базаров Т. Ю. Психология управления персоналом: учебник и практикум для вузов // Т. Ю. Базаров. – М.: Юрайт, 2020. – 381 с.
2. Психологическая энциклопедия [Электронный ресурс]. URL: <https://vocabulary.ru/termin/motiv.html> (дата обращения: 04.03.2022).
3. Андреева Ю. Б. Особенности мотивационной сферы персонала организации // Психология – 2017. – 2 с.
4. Управление персоналом организации: современные технологии: учебник / Сотникова С. И., Маслов Е. В., Абакумова Н. Н. [и др.] / 2-е изд., перераб. и доп. / под науч. ред. С. И. Сотниковой. – М., 2018. – 93 с.
5. Обьедкова Л. В Специфика формирования организационной культуры российских компаний [Текст] / С. Ю. Соболева, Обьедкова Л. В. // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3. Экономика. Экология. – ВолГУ, 2009. С. 165–169.
6. Кочергин В. Я., Пацеева А. Г. Профессиональная культура врача: внутренняя дифференциация и перспективы развития – Минск: Библиотека БГУИР. – 2017. – С. 5–8. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://docplayer.com/83705681-Professionalnaya-kultura-vracha-vnutrennyaya-differenciaciya-i-perspektivy-razvitiya.html> (дата обращения: 24.10.2022).

УДК 316.776.22

БАРЬЕРЫ КОММУНИКАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аверина Кристина Артуровна

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

Введение. Координация многих аспектов здравоохранения требует четкого общения на каждом этапе. Неспособность эффективно предоставлять информацию между пациентами и медицинскими работниками или внутри организации может нанести вред медицинским учреждениям и предоставлению медицинской помощи. Барьеры – это факторы, которые препятствуют коммуникациям или прерывают их в системе здравоохранения.

Цели и задачи. Цель работы заключается в теоретическом обосновании и выявлении коммуникационных барьеров в здравоохранении.

Задачами являются: рассмотрение коммуникационных барьеров между разными субъектами здравоохранения и описание способов для устранения коммуникационных барьеров.

Материалы и методы. В процессе написания статьи методологической основой решения поставленных задач послужило использование сборников научных трудов, анализ научных статей, методы синтеза и сравнения.

Результаты и обсуждение. Изучив коммуникационные барьеры, можно выделить следующие причины плохой коммуникации: стереотипы, предвзятые представления (склонность отвергать все, что противоречит собственным взглядам), плохие отношения между людьми, отсутствие внимания и интереса собеседника, пренебрежение фактами, ошибки в построении высказываний, неверный выбор стратегии и тактики общения. Невербальные сигналы могут затруднять коммуникацию, плохая обратная связь и неумение слушать мешают эффективному обмену информацией [1].

Коммуникационные барьеры между медицинским персоналом и пациентами:

1) Различные ожидания. Пациенты и медицинские работники могут иметь разные ожидания относительно подходящего лечения. Этот аспект может расстроить как пациентов, так и медицинских работников и повлиять на отношение пациентов к качеству медицинской помощи, которую они получают.

2) Языковые барьеры. Различия в языке, в том числе связанные с использованием профессиональной лексики, могут создать барьеры для общения в здравоохранении. Эти барьеры затрудняют развитие прочных отношений, которые важны в высококачественном здравоохранении.

3) Культурные предубеждения. Предвзятое мнение о том, как обращаться с людьми на основе их расы, этнической принадлежности или других характеристик, также могут препятствовать общению между медицинским персоналом и пациентами.

Коммуникационные барьеры между менеджерами здравоохранения и сотрудниками:

1) Непонятная информация. Одним из препятствий для общения между руководителями и сотрудниками является отсутствие четких и последовательных сообщений.

2) Авторитет. Менее опытные медицинские работники могут страдать от внутреннего чувства некомпетентности, сомневаясь в своем опыте. В свою очередь, медицинские работники более высокого ранга могут считать, что менее опытный персонал неверен в своих оценках. Этот сценарий может повлиять на то, как эти специалисты общаются между собой.

3) Ограниченный охват. Когда руководители здравоохранения ограничивают свои коммуникации только некоторыми сотрудниками, есть вероятность оттолкнуть других сотрудников.

Что же касается способов для устранения барьеров в здравоохранении, можно предложить такую модель общения как SBAR (ситуация, общая информация, оценка ситуации, рекомендации

по дальнейшему ведению). Использование такого подхода может облегчить общение между многими различными сторонами, участвующими в системе здравоохранения [2].

Еще одним способом преодоления барьеров является создание технических решений для оцифровки медицинских данных. Качественный и своевременный ввод данных облегчит коммуникацию сотрудников и пациентов. Нужные данные можно будет найти в общем ресурсе, и также быстро получить обратную связь.

Выводы. Таким образом, коммуникационные барьеры являются одной из основных проблем в здравоохранении, которые влияют на качество предоставления медицинской помощи, психологическое состояние коллектива медицинского учреждения, взаимодействие всех структур и отделов, а также на пациентоориентированность.

Список литературы

1. Внутриорганизационные коммуникации. Построение системы эффективных внутриорганизационных коммуникаций. Электронный научно-практический журнал. – Текст: электронный. – <https://ekonomika.snauka.ru/2014/03/4181> (дата обращения: 22.10.2022)

2. Чемоданова О. Н. Коммуникационный менеджмент как фактор повышения эффективности современной организации. – Текст: электронный. – <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikatsionnyu-menedzhment-kak-faktor-povysheniya-effektivnosti-sovremennoy-organizatsii> (дата обращения: 22.10.2022)

УДК 331.1

КЛЮЧЕВЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Балашов Ярослав Владимирович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ

Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Качество медицинского обслуживания является совокупностью характеристик, которые отражают своевременность предоставления медицинской помощи, правильность выбора методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов, степень достижения запланированных результатов. Исходя из данного определения, качественное медицинское обслуживание базируется на достаточной компетентности врачей, которые способны своевременно и правильно оказывать медицинскую помощь.

Компетенция является основной характеристикой индивида, определяющей его успешные действия в профессиональной деятельности. Компетентностный подход дает возможность расширять требования к медицинскому персоналу, повышая не только его знания и навыки, но и развивая личностные, коммуникативные и управленческие умения, ценные для удовлетворения нужд пациентов.

Сегодня качество медицинских услуг – это важнейший социальный показатель в российском обществе. Параметры удовлетворенности оказанием медицинской помощью включены в перечень оценок эффективности деятельности органов государственной власти различных субъектов РФ. Согласно данным последних исследований, большинство пациентов оказываются недовольны ограниченностью знаний врачей-специалистов. Им не хватает эмоциональной поддержки от медицинского персонала, более тесного взаимодействия врача и семьи пациента, а также доступности публикуемой информации в связи с обилием научных терминов. Таким образом, в сфере управления персоналом возникает острая необходимость построения эффективной прозрачной системы, позволяющей объективно работать над развитием ресурсов человека. Инструменты, которые сегодня используются сотрудниками отделов управления персонала

в медицинских учреждениях, не в полной мере позволяют проводить эффективную работу по поиску и найму новых работников.

Цели и задачи. Изучение коммуникационных и социальных компетенций с целью осуществления целенаправленно эффективной управленческой деятельности в медицинской организации, выявление факторов, способствующих повышению качества медицинского обслуживания в рамках компетентностного подхода.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода, анализа, синтеза и обобщения полученных в ходе исследования данных.

Результаты и обсуждение. Особенности процесса управления персоналом в медицинских организациях обусловлены, прежде всего, спецификой отрасли, характером и содержанием самого труда. В настоящее время требования к работникам здравоохранения проявляются внедряемой системой профессиональных стандартов, в которой описываются необходимые навыки для той или иной деятельности. К сожалению, используемые в практике данные стандарты не могут полностью охватить все существующие характеристики специалистов, поскольку не учитывается специфика работы конкретной организации. В связи с этим, современные медицинские учреждения стремятся к созданию уникальной модели компетенций. Такая модель есть ничто иное как полный набор характеристик, позволяющих человеку успешно выполнять функциональные задачи, соответствующие его должности.

С точки зрения функционирования процесса управления кадрами в медицинском учреждении очень важно построить систему устойчивого взаимодействия следующих элементов: профессиональных стандартов, ключевых критериев результативности работы, функций сотрудника и модели компетенций медицинской организации. Важной проблемой является не формальное внедрение новшеств в систему управления персоналом, а реальное использование модели компетенций в практической деятельности с целью повышения клиентоориентированности и увеличения эффективности деятельности медицинского учреждения.

Таким образом, исходя из структуры модели компетенций, медицинским организациям необходимо придерживаться определенного плана по созданию и внедрению компетенций. Он заключается в:

1) Создание личностных и управленческих компетенций: создание рабочей группы; создание базы компетенций; определение значений компетенций для организации; выявление конкретных уровней модели компетенций; утверждение модели компетенций.

2) Создание профессиональных компетенций: определение общеврачебных компетенций; привлечение в рабочую группу руководителей подразделений и ряда сотрудников к описанию профессиональных компетенций; проведение интервью со специалистами, имеющими, по оценкам экспертов, наибольший опыт и квалификацию; выявление взаимосвязи с критериями результативности деятельности отделения.

Выводы. Требования к персоналу, прописанные в компетентностной модели, должны способствовать приему на работу людей, разделяющих ценности организации, а также отвечающих определенному уровню знаний и навыков. Повышение качества оказания медицинской помощи напрямую зависит от деятельности административного органа медицинского учреждения по развитию персонала. Объективизация и повышение уровня компетенций сотрудников являются ключевыми элементами успеха работы.

Список литературы

1. Русинова Н. Л. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения. Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, О.Н. Бурмыкина. Социология медицины. – 2006. – № 2 (9). – С. 24–30.
2. Ягудин Р. Х. Здоровье как экономическая категория // Современное искусство экономики. – 2011. – № 1. – С. 42.

3. Результаты сравнения западной и российской моделей компетенций. [Электронный ресурс] // Сайт компании DTH. URL: <http://www.detech.ru> (Дата обращения: 24.10.2022).

УДК 316.46.058

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЛИДЕРСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Бардаченко Мария Алексеевна

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

Введение. В современных условиях требования, предъявляемые к руководителю, предполагают не только осуществление традиционных управленческих функций, но и весь спектр проявления лидерских качеств. Наличие лидерского потенциала, востребованного в конкретных профессиональных ситуациях, позволяет руководителю стать организационным лидером и быть успешным в своей деятельности.

Цели и задачи. Рассмотрение теоретических вопросов, связанных с определением психологических составляющих лидерского потенциала руководителя медицинской организации.

1. Изучить литературные источники по теме исследования.
2. Выделить компоненты, способствующие развитию лидерского потенциала руководителя.
3. Определить роль составляющих лидерского потенциала руководителя в успешном функционировании медицинской организации.

Материалы и методы. Научные статьи, научная периодика. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, описание.

Результаты и обсуждение. В трудах ученых потенциал лидерства выступает как многоплановое явление, что позволяет анализировать его в рамках двух интегральных уровней: «лидерство» – «общее», «лидерский потенциал» – «единичное». Под «лидерским потенциалом» принято понимать:

- сумма лидерских качеств и условий их проявления с высокой оценкой и принятием группой, лидером которой является личность;
- возможности руководителя «преумножать» собственные возможности на основе мотивации поведения, достижения успешности, личностных, лидерских способностей и качеств [1].

В научной литературе существует мнение, что в структуре лидерского потенциала выделяются сферы: психофизиологическая (тип темперамента, здоровье), социальная (коммуникативные умения, самостоятельность, адаптивное поведение, инициатива и исполнительность, самооценка), интеллектуальная (развитие речи и дивергентного мышления) и эмоциональная (умение понимать эмоциональное состояние другого человека и умение сопереживать) [2].

Другие авторы выделяют следующие психологические составляющие лидерского потенциала: силу личности, способность оказывать влияние на окружающих, способность к управленческой деятельности, коммуникабельность, активность, интеллектуальные способности, интуицию, гибкость и пластичность, целеустремленность [3].

Анализ литературных источников позволил выделить компоненты, способствующие развитию лидерского потенциала руководителя:

1. Личностно-профессиональные черты – самостоятельность, надежность, тайм-менеджмент, организаторские способности, способность делегировать полномочия.
2. Интеллектуальные черты – высокий интеллект, целеустремленность, широкий кругозор, разумность.
3. Социально-ориентированные черты – коммуникабельность, возможность быстрой адаптации к новым условиям, умение регулировать межличностные отношения, совпадение ценностных

ориентаций на уровне «личность-профессия», умение убеждать, вести за собой коллектив, вдохновляющая мотивация, индивидуальное внимание.

4. Волевые черты – инициативность, целеустремленность, амбициозность, уверенность в себе и результатах собственной организационно-управленческой деятельности, готовность взять ответственность за свои действия и решения.

5. Творческие качества – готовность к риску, инновациям, преобразованиям, оригинальность идей, изобретательность, видение перспективы, креативность.

6. Эмоциональная зрелость – эмоциональная стабильность, способность управлять стрессом, способность управлять эмоциональным состоянием сотрудников, разрешение конфликтов.

Каждый структурный компонент модели лидерского потенциала должен обеспечивать возможность эффективно использовать лидерский потенциал в практике управления.

Выводы. Наличие лидерских качеств у руководителя является одним из важных аспектов успешной работы медицинской организации. Руководитель, который является лидером для подчиненных, пользуется уважением и признанием, выступает для них образцом поведения и профессиональных ценностей, способен оказывать эффективное влияние на социально-психологическую атмосферу в коллективе и формировать профессиональные и морально-этические нормы поведения сотрудников.

Список литературы

1. Князев, С. А. Коучинг как инструмент трансформационного лидерства / С. А. Князев // Качество управленческих кадров и экономическая безопасность организации. Тринадцатые Ходыревские чтения : Сборник материалов национальной научно-практической конференции, Курск, 28 марта 2019 года / под ред. В. Н. Ходыревской. – Курск: Курский государственный университет, 2019. – С. 171–173.

2. Аралов, А. В. Успешные лидеры и факторы лидерства, влияющие на успех предприятия в современных условиях / А. В. Аралов // Вестник Ессентукского института управления, бизнеса и права. – 2018. – № 15. – С. 190–193.

3. Биктяков, К. С. Лидерство в управлении персоналом / К. С. Биктяков // Вопросы экономических наук. – 2019. – № 6 (100). – С. 44–45.

УДК 338.012

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ МЕНЕДЖЕРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Борисенко Данила Сергеевич, Абакунов Артём Вадимович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Голиков Вячеслав Владимирович

Введение. В настоящее время в системе здравоохранения психологические особенности менеджера занимают одну из лидирующих позиций. Благодаря приемам и методам управленческой деятельности, интеллектуальным и личностным свойствам, руководитель способен ориентировать медицинское учреждение на адаптацию к изменениям окружающей среды, а также на дальнейшую деятельность всей организации

Цели и задачи. Теоретическое обоснование и выявление психологических требований к управленцу в сфере здравоохранения.

В результате были поставлены и решены следующие задачи:

1. Рассмотреть психологические качества менеджеров.
2. Изучить влияние определённых качеств на стиль управления.
3. Раскрыть особенности взаимосвязи определенного типа менеджера на коллектив.

Материалы и методы. В процессе написания статьи были использованы учебники, учебные пособия, а также такие методы, как анализ, сравнение и синтез.

Результаты и обсуждение. Итак, на данный момент, самыми востребованными психологическими качествами менеджера в здравоохранении являются такие свойства как: стрессоустойчивость (сопротивляемость фрустрации), справедливость и уступчивость [3]. Данный человек «принимает замечания, но сохраняет уверенность в себе, может оказаться неудачником, не чувствуя себя побежденным, и браться за новые задачи, способен поддерживать высокий уровень усилий, энергичен, компетентен в конкретных управленческих вопросах. Умеет четко и кратко излагать свои мысли, умеет будить свое настроение, видеть происходящие изменения, управлять ими и использовать в интересах организации. Способен брать на себя ответственность за поставленную задачу, уметь продуктивно использовать свое время.»

Известно, что от менеджера зависит, как будет работать механизм под названием коллектив, из чего следует вывод о том, что каждый условный психотип будет управлять данной «машиной» по-своему [1]. Но независимо от того какие качества проявлены, менеджер должен следовать определённым правилам управления, смешивая их с личностной окраской. Это приводит к уникальным действиям, которые не могут быть отображены, так как сгенерированы с помощью жизненного опыта, который зачастую, является уникальным.

Рассмотрев три качества, описанных выше, можем сделать окраску управления. К примеру, в коллективе, где менеджер стрессоустойчив, будет меньше выговоров или штрафов, а при уступчивом, нередко бразды правления будут корректироваться самим коллективом, задавая общий темп, что может сказаться, как и положительно, так и отрицательно на итоговом результате. Перейдя к отрицательным качествам, к примеру импульсивность, менеджер будет действовать без сознательного контроля, идя на риски, которые, хоть и могут принести большую выгоду, но категорически нежелательны в медицинской сфере, когда речь идет о человеческой жизни [2].

Выводы. Таким образом, любая уникальность в характере менеджера может сказаться на общей картине управления, давая различный итог, который, в свою очередь, может быть как положительным, так и отрицательным.

Список литературы

1. А. К. Семенов, Е. Л. Маслова. Психология и этика менеджмента и бизнеса. Учебное пособие. – М.: Дашков и К°, 2016. – 276 с.
2. Канюка Г. Управление организационной культурой / Г. Канюка / Главный врач. – 2012. – № 8 (135). – С. 53–62.
3. Современные требования к психологическим особенностям руководителя / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://goo.su/dGI9qbS> (Дата обращения 12.10.2022)

УДК 339.1

РОССИЙСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК: ОПЫТ ИЛИ ИННОВАЦИИ?

О. Ю. Воронкова

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

Введение. Лекарственные препараты являются особой категорией товара, они оказывают влияние на самое ценное, что есть у человека – его здоровье. Здоровье каждого гражданина – стратегическая ценность любого государства. Таким образом, и фармацевтическая промышленность является одной из ключевых в экономике.

Последние годы XX столетия принесли России значительные изменения во всех областях социально – экономической жизни, в том числе и в здравоохранении. В условиях проведения

рыночных реформ значительно изменились взаимоотношения между медицинскими работниками и обществом, врачом и пациентом; обострилась проблема бюджетного финансирования органов и учреждений здравоохранения. Вот почему в условиях дефицита бюджетных средств разработка экономически выгодных методов поиска инвестиций в здоровье народа приобретает особое значение.

Здравоохранение изначально представляло собой одну из сфер деятельности, наиболее жестко регулируемых государством. Это связано с тем, что услуги и программы, реализуемые в системе здравоохранения, напрямую связаны со здоровьем и жизнью человека. Жесткое государственное регулирование деятельности учреждений здравоохранения способствовали более позднему и неполному внедрению современных методов и способов управления, в том числе маркетинга.

АО «Фармстандарт» – лидирующая фармацевтическая компания в России, занимающаяся разработкой и производством современных, качественных, доступных лекарственных препаратов, удовлетворяющих требованиям здравоохранения и ожиданиям пациентов.

Совокупные производственные мощности позволяют выпускать более 1,7 млрд упаковок лекарственных средств в год, все 8 площадок полностью отвечают требованиям российских стандартов и сертифицированы по европейским стандартам European Union Good Manufacturing Practice (Европейские стандарты надлежащей производственной практики).

В своей деятельности компания придерживается следующих основополагающих принципов:

1. Инновации – скорейшее внедрение новых научных разработок в медицине и фармакологии в тесном сотрудничестве с отечественными и зарубежными учёными.

2. Эффективность – ведение бизнес-процессов на основе эффективного, гармоничного сочетания научно-технических инноваций и богатого опыта, накопленного компанией за годы интенсивной деятельности на фармацевтическом рынке.

3. Ответственность – использование международных управленческих и технологических стандартов в рамках ответственности компании перед потребителем. Соблюдение экологических норм и снижение производственного воздействия на окружающую среду с учетом ответственности перед будущими поколениями.

На всех производственных предприятиях компании АО «Фармстандарт» внедрена, функционирует и постоянно совершенствуется система управления качеством. Стремление соответствовать нормам GMP является залогом расширения сотрудничества с предприятиями стран ЕС и мирового сообщества. Одним из основных факторов успешного развития компании «Фармстандарт» и повышения ее статуса на российском фармацевтическом рынке является именно высококвалифицированный компетентный персонал.

С целью соответствия стандартам GMP при строительстве и оборудовании новых, а также модернизации существующих производств на предприятиях компании «Фармстандарт» применяются современные материалы, инновационные технологии и оборудование ведущих европейских производителей.

На сегодняшний день на рынке фарминдустрии наблюдается жёсткая конкуренция на фоне замедленных темпов роста, все участники направляют усилия на снижение издержек и повышение показателей эффективности. Крупные производители в производственном процессе используют готовый продукт импортного производства, самостоятельной переработкой занимаются единицы. Однако АО «Фармстандарт» реализует идеологию АПК как системы – когда в рамках одной организации взаимосвязаны целые отрасли (производство, переработка, доставка продукции до потребителя), все процессы оказываются прозрачными, контролируемые «от» и «до».

Результаты и обсуждение. Таким образом, основная стратегическая бизнес идея заключается в дифференциации позиционирования к сегментам рынка и региональной экспансии. Выполнения стратегии – это результат комплексного взаимодействия, внедрения инноваций и постоянного улучшения фундаментальных принципов стратегической маркетинговой концепции АО «Фармстандарт»:

- 1) обновление ассортимента продукции, всегда реагирующего на спрос, в целях удовлетворения запросов клиентов в соответствии с позиционированием на рынке;
- 2) специфические методики продаж, имеющие целью увеличение доли продаж, а также создание значительной базы данных верных и постоянных клиентов;
- 3) реклама для увеличения количества покупателей;
- 4) проведение кампании по акциям, имеющее целью увеличение объема реализации продукции и побуждение к дополнительным покупкам;
- 5) технология руководства персоналом для обеспечения постоянного присутствия коллектива работников, оптимального по числу, по качеству и по заинтересованности;
- 6) технологии управления, в целях получения возможности отслеживать показатели работы каждого.

Выводы. Можно сделать вывод о том, что основой маркетинговой политики АО «Фарм-стандарт» является ориентация на потребителя, максимальное удовлетворение его запросов, независимо от возраста, достатка и социального статуса.

Список литературы

1. Бахарева, А. В. Анализ нормативно-правовых аспектов аптечного изготовления лекарственных препаратов / А. В. Бахарева, Г. Т. Глембоцкая // Health and social Care Journal. – № S 2 (5). – 2017.
2. Бахарева, А. В. Современные аспекты развития законодательной и нормативно-правовой базы процесса реализации фармаконадзора в Российской Федерации / А. В. Бахарева, Г. Т. Глембоцкая, Е. Э. Турянский, А. Н. Плутницкий // HSCJ. – № S1 (4). – 2017.
3. Галкин Ю. В. Бесплатное и льготное лекарственное обеспечение. Экономика здравоохранения / Ю. В. Галкин. – Томск: ЦНТИ, 2016.
4. Гареева И. А. Модернизация системы здравоохранения и дифференциация доступности к медицинским услугам // Ученые заметки ТОГУ, 2019. – № 4.
5. Бекирова, С. З. Развитие маркетинговых логистических систем РФ в современных условиях / С. З. Бекирова, О. В. Зелюкина // Экономика и предпринимательство. – 2019. – № 10–3 (75–3).

УДК 331.108.4

SOFT SKILLS КАК ОСНОВА ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Гукова Екатерина Олеговна

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

Введение. На современном этапе развития отечественного здравоохранения на первый план выходит необходимость создания пациентоориентированной среды в медицинской организации. Одним из высокоэффективных способов повышения клиентоориентированности является обучение и развитие soft skills («мягких навыков») у медицинского персонала.

Цели и задачи. Целью данной работы является теоретическое обоснование и рассмотрение влияния soft skills медицинского персонала на пациентоориентированность в медицинских учреждениях. Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач: раскрытие понятий «пациентоориентированность», «soft skills» и их сущности, а также разработка рекомендаций по развитию soft skills у медицинского персонала.

Материалы и методы. В процессе написания статьи были использованы теоретико-методологические наработки, изложенные в трудах отечественных учёных, а также такие методы как анализ и сравнение.

Результаты и обсуждение. Пациентоориентированность – понятие, появившееся не так давно, но уже прочно вошедшее в повседневную практику современного здравоохранения. Существует множество различных определений пациентоориентированности, но все они сводятся к одному: в центре внимания находится пациент. Это означает высокое качество лечения, доступность и безопасность медицинской помощи, сервисную составляющую и многое другое. Но самое главное, что влечет за собой концепция пациентоориентированности, это неравнодушные к проблеме пациента и к нему как к личности [1].

В качестве начальной точки в формировании пациентоориентированной среды необходимо сформировать и развить у медицинского персонала *soft skills*, так называемые мягкие навыки. Примером таких мягких навыков служат эффективная коммуникация, открытость к новому, уважение, ответственность за результат и другое. Безусловно, развитие *soft skills* полностью не решит проблему негативных проявлений при взаимоотношениях пациентов и медицинских работников, но это поможет снизить уровень неудовлетворенности, раздраженности пациентов, а также позволит существенно повысить качественный уровень коммуникации и создаст позитивный микроклимат в медицинской организации.

Так что же такое *soft skills* и зачем они нужны? Принято достаточно условно различать жесткие навыки (*hard skills* на английском языке) – профессиональные навыки и умения, связанные с «технической стороной» деятельности. Это навыки и умения, которые традиционно даются будущему специалисту в процессе обучения, они хорошо развиты, измеримы и относятся к конкретным функциям и манипуляциям, необходимым в процессе профессиональной деятельности [2].

Но в последнее время, с учетом происходящей эволюции взаимоотношений пациентов и медицинских работников, все чаще говорят о мягких навыках (англ. *soft skills*), которые означают эмоциональные и коммуникативные качества, в достаточно широком понимании. Для работодателя большое значение имеет наличие *soft skills* у потенциального работника, так как от этого во многом зависит его эффективность в дальнейшей работе [3].

В целом мягкие навыки – это личностные характеристики, которые подразумевают способность к коммуникации, выстраиванию отношений, дипломатии, эмпатии и ряд других качеств. Развитые мягкие навыки позволяют человеку, независимо от его профессиональной ориентации, добиться большего результата за счет высокой эффективности взаимодействия с другими людьми. Мягкие навыки дополняют твердые навыки, многократно усиливают их. В медицине это особенно необходимо, поскольку результативный лечебно-диагностический процесс базируется в первую очередь на эффективной коммуникации пациента и медицинского работника [4].

Для того, чтобы развить *soft skills* у медицинского персонала и повысить пациентоориентированность, можно предложить данные рекомендации:

- 1) Сидеть лицом к пациенту;
- 2) Быть вежливым и улыбаться;
- 3) Быть толерантным к пациентам;
- 4) Соблюдать стандарты в оказании медицинской помощи, а также внешнего вида;
- 5) Необходимо учитывать мнение пациента;

6) Решать проблему, с которой пришел пациент, а также важно демонстрировать профессионализм;

- 7) Поддерживать свой имидж;
- 8) Проходить обучения, тренинги.

Выводы. Таким образом, *soft skills*, или мягкие навыки, являются неотъемлемой частью процесса оказания помощи пациенту, повышая пациентоориентированность. Их необходимо развивать, так как мягкие навыки позволяют специалисту быть успешным вне зависимости от особенностей деятельности, в которой он себя реализует, например, владение технологиями информатизации, построение межличностного общения, принятие решений, самоменеджмент и пр.

Список литературы

1. Развитие мягких навыков у медицинского персонала поликлиники. 18 очень простых приемов, которые позволят стать гораздо ближе к нашим пациентам : учебно-методическое пособие / С. Г. Комаров. – Санкт-Петербург : ИПК «Береста», 2020. – 40 с., ил. – Текст: электронный. – https://pacientoorientirovannost.ru/images/docs/Komarov_soft_skills.pdf (дата обращения: 22.10.2022)
2. Елизарова М. К. Использование метода групповой работы для развития потенциала коммуникативных компетенций будущих медицинских работников // Международный журнал экспериментального образования. – 2020. – № 3. – С. 32–36; URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=11961> (дата обращения: 22.10.2022)
3. Петрова М. Н., Алексеева И. С., Еремеева Д. С., Степанова О. А., Ананьева В. А. Развитие «мягких навыков» у будущих врачей при изучении дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» // Педагогика. Психология. Философия. 2022. № 3 (27). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-myagkih-navykov-u-buduschih-vrachey-pri-izuchenii-distipliny-obshchestvennoe-zdorovie-i-zdravoohranenie> (дата обращения: 22.10.2022).
4. Гапоненко Юлия Владимировна. Инновационные подходы к дистанционному изучению экономических дисциплин // NBI-technologies. 2014. № 1.
5. Развитие потенциала социально-гуманитарных наук в формировании soft skills медицинских кадров юга России: материалы межвузовской научно-практической конференции / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, каф. педагогики. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2020 – 194 с.

УДК 65.013

КОМАНДООБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОР СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Гусева Ксения Александровна

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

Введение. Неотъемлемой частью управления в здравоохранении является командная работа, которая постепенно начинает играть ведущую роль в достижении ощутимых организационных результатов, способствует развитию конкурентных преимуществ, выступает механизмом повышения организационной эффективности, позволяющим развивать способности работников и продвигать опыт группы. Невозможно добиться успеха в развитии организации без делегирования полномочий и группового единства, поэтому в современной экономике и медицине сплоченная команда является по-настоящему рабочим инструментом, используемым в предпринимательстве.

Цель и задачи. Целью данной работы является теоретическое обоснование и рассмотрение особенностей формирования эффективной команды в сфере здравоохранения. Для достижения поставленной цели предполагается решение следующих задач: раскрытие понятия и сущности команды для сферы здравоохранения в целом и разработка рекомендаций по формированию эффективной самоуправляющейся команды для медицинских организаций РФ.

Материалы и методы. В процессе написания статьи были использованы теоретико-методологические наработки, изложенные в трудах отечественных учёных, а также такие методы как анализ и сравнение.

Результаты и обсуждение. Команда – автономный самоуправляемый коллектив профессионалов, способный оперативно, эффективно и качественно решать поставленные перед ними задачи. Развитие команды – естественный процесс, обычно происходящий без намеренного, спланированного и систематического вмешательства исследователя, и нередко длящийся годами [2].

К основным принципам организации командной формы работ в медицинском учреждении следует отнести:

- Принцип коллективного исполнения работы.
- Принцип взаимозависимости.
- Принцип коллективной ответственности.
- Принцип единой для команды формы стимулирования, оплаты за конечный результат.
- Принцип адекватного стимулирования команды за конечный результат.
- Принцип автономного самоуправления команды.
- Принцип повышенной исполнительской дисциплины, добровольно принимаемый каждым членом команды.
- Принцип добровольности вхождения в команду [1].

Исходя из вышеперечисленных принципов, справедливо утверждать, что слаженная командная работа необходима в медицинской организации в коллективе, ведь она в значительной степени зависит от полного взаимопонимания между врачами и медицинскими сестрами. Врач и медсестра в командной работе являются доминантной парой, влияющей на другие мультидисциплинарные взаимодействия и в особенности на характер связи с пациентом. Наглядным примером успешной командной работы в медицине является постоянный контакт врача-терапевта со своими старшими и младшими товарищами, специалистами других профилей, врачами параклинических служб (иммунологами, эндоскопистами, клиническими лаборантами), средними и младшими медицинскими работниками [4].

Для создания единства в организации необходимо проводить мероприятия и тренинги по развитию командного духа, стремиться раскрыть потенциал каждого путем проведения тематических встреч, обедов, конкурсов и развлечений, обычных и обратных мозговых штурмов, поскольку команда ценна в той же мере, что и общие цели в медицинской компании [3].

Выводы. Таким образом, командная деятельность является необходимым условием развития медицинского учреждения. Невозможно переоценить значение микроклимата в рабочей группе. Когда люди приходят на работу с воодушевлением и радостью, они показывают гораздо более впечатляющие результаты, чем те, кто вынужден трудиться в конфликтных, склочных коллективах. Если атмосфера в компании напоминает террариум, то все силы у людей будут уходить не на поиск оптимальных способов решать задачи, а на ссоры, интриги и переживания по поводу отношений с коллегами.

Для усиления групповой сплоченности в медицинских учреждениях РФ руководителям необходимо организовывать постоянное совместное обучение работников, всему коллективу необходимо постоянно быть на связи во время работы и вне ее, используя различные социальные сети для общения. Залогом самоуправляющейся команды является создание общих традиций, организация совместных обедов, отдыха после работы, взаимопомощь, а также посещение различных тренингов.

Список литературы

1. Жуков Ю. М., Журавлев А. В., Павлова Е. Н. Технологии командообразования // Учеб. пособие для студентов вузов. – 2019. – № 13. – С. 317–320.
2. Занковский А. Н. Организационная психология // М.: Изд-во Флинта, МПСИ. – 2018. – № 7. – С. 644–648.
3. Немов Р. С. Психологические условия и критерии эффективности работы коллектива // Учеб. пособие для студентов вузов. – 2020. – № 9. – С. 106–115.
4. Репринцева Е. В. Направления повышения эффективности деятельности медицинской организации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – № 2. – С. 254–257.

УДК:614.253.2

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «АДАПТАЦИЯ ВРАЧА В КЛИНИКЕ»

Демкин Сергей Анатольевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный консультант: д. м. н., профессор Родионова Ольга Николаевна

Введение. Во все времена коммуникация врача и пациента занимала особое место в лечебном процессе. На сегодняшний день разнообразие лечебных техник, доступность информации медицинского характера, разнообразие государственной и частной медицины накладывают свой отпечаток на взаимодействие субъектов. Более того, законодательством обозначено право пациента на выбор, принятие решения и информированность, что возможно только в случае доверительных взаимоотношений [1–5].

Цель исследования. Разработать и применить на практике курс «Адаптация врача в клинике» для поддержки врачей в отработке навыков коммуникации с пациентами и коллегами.

Материалы и методы. Для поддержки специалистов в клинике разной форм собственности разработан курс «Адаптация врача в клинике», нацеленный на формирование у доктора навыка эффективной пациент-ориентированной коммуникации с пациентом и коллегами, создания и развития личного бренда, работы в конфликтных ситуациях. Курс состоит из 9 уроков. В первую группу вошел 21 специалист разного возраста, квалификации и клиник разных форм собственности [6–10].

Результаты и обсуждение. После разработки курса для его применения на практике в онлайн формате был вовлечен 21 специалист разного уровня опыта и квалификации, разных возрастных групп. После формирования благоприятной образовательной среды многие врачи отметили патерналистские представления о взаимодействии с пациентом и желание освоить именно пациент-ориентированность, которая стала как никогда востребована пациентами в различных секторах отечественного здравоохранения. Из запросов врачей стоит отметить потребность рассмотреть юридические аспекты, вопросы работы в команде, формирование личного бренда. По завершению курса все специалисты отметили удовлетворение своих образовательных запросов.

Через 1 месяц после проведения курса 14 специалистов, которые в основном относятся к молодой группе, отметили существенные, по их мнению, сдвиги в лучшую сторону. Количество лояльных пациентов увеличилось более, чем на 50%, число конфликтных ситуаций снизилось на 30 %. Большинство из них удалось решить еще на этапе приема пациента.

Удобным и современным для большинства участников курса стал онлайн формат проведения. Для этого была заранее проведена подготовительная работа для запуска инфопродукта.

Значительные улучшения специалисты отметили после прохождения курса в основном за счет соблюдения принципов пациент-ориентированного подхода: уважение пациента и коллег, получение обратной связи и многое другое. В результате фокус сместился с врачей на пациента.

Выводы. Таким образом, курс «Адаптация врача в клинике» дает возможность доктору освоить необходимые навыки коммуникации с пациентом и коллегами в зависимости от формы собственности медицинской организации, которые в положительную сторону отражаются в работе специалиста.

Список литературы

1. Абаева, В. А. Калгари-Кембриджская модель общения с пациентом // Молодой ученый. 2022, № 1 (396). С. 23–24.
2. Александрова М. А., Мустафаева Д. Р., Ермолаева Е. В. Конфликты в медицине // БМИК. 2016. № 1.
3. Загорский В. А. Анализ психоэмоционального состояния пациента // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2016. № 10–2.

4. Ковалевич М. С. Образования взрослых: методологические основания и технологии осуществления // Современные технологии образования взрослых, ГрГУ им. Я. Купалы, 2014.
5. Лукацкий М. А., Остренкова М. Е. Психология // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. 416 с.
6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Всемирная организация здравоохранения, 2001, 342 С.
7. Попов А. А., Теплякова О. В., Дьяченко Е. В., Давыдова Н. С. Стандартизированный пациент как ключевое звено оценки профессиональной пригодности выпускника медицинского вуза: введение в проблему // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2019. Т. 10, № 1. С. 20–27.
8. Сафина З. Н., Шерайзина Р. М. Синергетико-андрагогический подход к проектированию образовательных программ в системе обучения взрослых // Вестник Новгородского гос. ун-та. Сер.: Психология. Педагогика. Социология. 2005. № 31. С. 59–63.
9. Хальфин Р. А., Мадьянова В. В., Качкова О. Е., Демина И. Д., Кришталева Т. И., Домбровская Е. Н., Мильчаков К. С., Розалиева Ю. Ю. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2019. Т. 23. № 1. С. 104–114.
10. Якушкина М. С. Разработка методологических подходов к моделированию и реализации образовательных практик для взрослых // Вестник ПСТГУ. Серия 4: Педагогика. Психология. 2014. № 3. С. 34.

УДК 331.1

ОСНОВЫ КОУЧИНГА КАК МЕТОДА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Зотова Надежда Андреевна

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

Введение. С каждым днём коучинг приобретает всё большую популярность. Для организаций важно оценить и скорректировать работу каждого сотрудника в соответствии с текущими задачами. Во многих странах, в том числе в России, коучинг зарекомендовал себя как развивающийся подход в управлении персоналом.

Целью данной работы является анализ роли коучинга как метода профессионального развития руководителей медицинских организаций.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи:

1. Провести анализ теоретического материала понятия коучинг;
2. Изучить сущность технологии коучинга;
3. Изучить типы клиентов.

Материалы и методы. На основе наблюдения обосновать типологию клиентов коуч-сессий.

Результаты и обсуждение. Коучинг – это конфиденциальный, полностью направленный на клиента, разговор, в течение которого коуч помогает другому человеку раскрыть свой потенциал, преодолеть внутренние противоречия, максимизировать свою эффективность и получить от этого не только финансовую выгоду, но и моральное удовлетворение.

Основоположником коучинга как метода считается Тимоти Голви – гарвардский преподаватель и эксперт по теннису. Начало было положено, когда Тим Голви опубликовал книгу «Внутренняя игра в теннис».

Главная цель коучинга – это движение к цели. Используя коучинг, люди достигают своих целей намного эффективнее и быстрее, и получают уверенность, что выбранное ими направление

развития – это действительно именно то, что им нужно. При профессиональной поддержке коуча человек самостоятельно формулирует свои цели, наработывает стратегии действия, осуществляет наилучший выбор.

Главные задачи коучинга:

1) Коучинг помогает разрешению проблем клиента. Это происходит посредством использования некоторых инструментов: внимательное слушание, правильные вопросы, интуиция, нахождение решений вместе, обучение;

2) Коучинг помогает, работая над своим настоящим, по-другому взглянуть на жизнь, осознать свои истинные, а не навязанные обществом желания, потребности и ценности, избавиться от внутренних барьеров и внутренних саботажей, препятствующих достижению целей и научиться находить собственные решения.

3) Помогает быстрее достичь своих целей или решить стоящие перед человеком задачи, поскольку, каждый человек мыслить в определённых для себя рамках и в определённых направлениях, поэтому каждому из нас сложно найти варианты, которых мы не видим. Коучинг позволяет увидеть мир под другим углом, найти ответы даже на те вопросы, которые мы сами не можем придумать, он даёт нам возможность найти на них ответы.

4) Еще одной задачей коуча является, не давая советов, подсказок, не управляя директивно своим клиентом, помочь ему самому достичь нужной цели, не просто направить его в нужном направлении, а сделать так, чтобы клиент подумал, сам нашел это направление и стал двигаться по нему.

5) Повысить мотивацию и заинтересованность клиента в решении своего вопроса.

Основное отличие коучинга от других методов консультирования, обучения, и, в том числе, менеджмента состоит в том, что коуч не дает клиенту готовых решений и ответов, не указывает, что и как надо делать, а помогает ему найти наилучшее решение самостоятельно.

Так, в коучинге можно выделить три типа клиентов.

1 тип – Наблюдатель (Посетитель). Это человек, который мало что знает о коучинге, у него нет стремления и желания что-то изменить, но есть любопытство попробовать. Такой клиент присматривается, прислушивается, как правило, много сомневается, он не готов выйти из своей зоны комфорта. Типичный ответ, такого клиента, на вопросы о себе, о своих целях – «не знаю». Задача коуча в такой ситуации, распознать желания Наблюдателя, подчеркнуть его сильные стороны, придать уверенности в себе и подтолкнуть к желанию раскрыть свой потенциал.

2 тип – Жалобщик. У данного типа нет потребности что-то изменить, он не ищет пути решения проблемы, он ждёт поддержки. Есть желание измениться, но оно перебивается сомнениями и страхом перемен. Задачей коуча является наблюдать за клиентом и находить возможности для его реализации, скорее всего при общении найдутся его запросы и ресурсы.

3 тип – Покупатель. Тот, у кого есть потребность измениться, кто готов работать для достижения своей цели. Он находит ответ на все вопросы и делает выводы, которые помогают клиенту разобраться в себе и найти подходящее решение. Тактика коуча подразумевает прямые задачи, цели и конструктивную работу с клиентом.

Независимо от типа клиента, к каждому необходимо найти свой подход, именно поэтому на сегодняшний день в коучинге используется очень много моделей. Такие как GROW, TGROW, OSKAR, т-модель и другие.

Суть каждой модели заключается в том, чтобы помочь клиенту сформулировать цель и выбрать наиболее оптимальный вариант действий, который поможет ему достичь поставленной цели.

Выводы. Подводя итог, хотелось бы отметить, что точная оценка эффективности коучинга трудноизмерима, однако её можно измерить индивидуально с клиентом относительно программ обучения, поскольку процесс коучинга предполагает постановку цели на начальном этапе, которую можно сравнить с полученными результатами.

Список литературы

1. Антонова, Н. В. Коучинг в бизнесе: учебное пособие для вузов / Н. В. Антонова, Л. В. Казинцева, Н. А. Сизова. Москва : Издательство Юрайт, 2022. С. 200–202.
2. Голви, Т. Внутренняя игра в теннис // «Сэнтэ», – 2008. – С. 24–30.
3. Зотов, А. В. Учебник по коучингу. М., 2020. С. 42–79.
4. Кларин, М. В. Корпоративный тренинг, наставничество, коучинг: учебное пособие для вузов / М. В. Кларин. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – С. 179–198.
5. Князев, С. А. Гуманистическая концепция коучинга как инструмента организации карьерного сценария талантливого сотрудника в условиях враждебного поведения руководителя / С. А. Князев // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века : Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 08–09 ноября 2018 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2019. – С. 168–170.
6. Князев, С. А. Коучинг как инструмент трансформационного лидерства / С. А. Князев // Качество управленческих кадров и экономическая безопасность организации. Тринадцатые Ходыревские чтения : Сборник материалов национальной научно-практической конференции, Курск, 28 марта 2019 года / под ред. В. Н. Ходыревской. – Курск: Курский государственный университет, 2019. – С. 171–173.
7. Князев, С. А. Т-модель коммуникаций на практическом занятии в коучинговом стиле / С. А. Князев // Образование. Наука. карьера : сборник научных статей 2-й Международной научно-методической конференции, Курск, 22 января 2019 года. – Курск: Закрытое акционерное общество «Университетская книга», 2019. – С. 223–225.

УДК 338.2

МАРКЕТИНГОВЫЕ КОММУНИКАЦИИ И ИХ РОЛЬ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Иванова Светлана Юрьевна

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

Введение. В странах с развитой экономикой коммуникационным процессам, как в экономической науке, так и на практике должное внимание уделяется с начала прошлого века. Многие учёные, исследуя проблемы эффективности маркетинговых коммуникаций, доказали, что основной причиной снижения эффективности коммуникационного воздействия является несогласованность, а порой и противоречивость сообщений, исходивших от различных элементов комплекса маркетинга. В своих работах ученые делают акцент на маркетинг в осуществлении коммуникаций компании. Поэтому вопрос о разработке и реализации комплексной коммуникационной политики предпринимательских структур остается недостаточно проработанным в научной литературе.

Цели и задачи. Теоретическое обоснование маркетинговых коммуникаций и анализ их роли в системе здравоохранения.

Материалы и методы. В ходе исследования использованы анализ, синтез, наблюдение, обобщение, группировка, сравнение и др.

Результаты и обсуждение. Развитие рыночных отношений вынуждает медицинские организации заниматься поиском информации о внешней среде, в частности о партнёрах, клиентах и конкурентах. Такой анализ рынка поможет спрогнозировать деятельность и обеспечит развитие предприятия. Маркетинговые коммуникации являются главным источником информации для разработки стратегии. Маркетинговые коммуникации – это процесс взаимодействия субъектов маркетинговой системы по поводу согласования и принятия тактических и стратегических решений в маркетинговой деятельности.

В настоящее время большой интерес медицинских предприятий направлен на привлечение и удержание постоянных клиентов. С каждым годом требования потребителей растут. Пациент, посещающий специалиста, уже осведомлен о симптоматике заболевания и приблизительном методе лечения.

Рынок медицинских услуг очень специфичен и значительно отличается от других сфер. Неправильные коммуникации между медицинским работником и пациентом, могут привести к нежелательным последствиям. Существует ряд причин, из-за которых возникает неправильная коммуникация: недоверие пациента по отношению к врачу; низкий уровень медицинской квалификации; плохая осведомлённость пациента о приобретаемой им услуге и т. д.

Специалисты службы маркетинга постоянно продумывают разнообразные стратегии для привлечения клиентов и повышения уровня доверия (табл. 1.).

В веке высоких технологий интернет становится одним из главных инструментов маркетинговых коммуникаций. Почти все предприятия здравоохранения имеют свой сайт, где можно не только ознакомиться с общей информацией, но также записаться на прием, приобрести товар и т. д. Отдельно следует отметить возможности Интернета при проведении различных маркетинговых исследований. Например, целевые опросы и голосования на популярных ресурсах, проведение которых позволяет получить данные по различным вопросам. Данные таких опросов позволяют более точно планировать проведение всей дальнейшей кампании с привлечением различных инструментов.

Таблица 1

Типы маркетинговых коммуникаций

Типы маркетинговых коммуникаций	Формы коммуникаций
Реклама	- объявления в СМИ - плакаты и листовки - брошюры и буклеты
Связь с общественностью	- семинары - спонсорство - пожертвования
Продажи	- поощрительные программы - презентации
Директ-маркетинг	- сайт - рассылка на почту

Источник: составлено автором

Выводы. На сегодняшний день рынок медицинских услуг очень специфичен, в связи, с чем специфичным становится управление маркетинговыми коммуникациями на этом рынке. Деятельность учреждений здравоохранения ограничена этическими нормами государственными нормативами, а с другой стороны, подвержена влиянию рыночных отношений. Такое влияние приводит к развитию конкуренции среди игроков на рынке платной медицины, что побуждает их к разработке и реализации маркетинговой стратегии. Всё более значимую роль играет достоверная информация о ситуации на рынке, и, следовательно, маркетинговые коммуникации как инструмент предоставления и переработки данной информации.

Список литературы

1. Бернет Дж., Мориарти С. Маркетинговые коммуникации. Интегрированный подход. – СПб., 2001. – 864 с.
2. Васнецова О. А. Маркетинговое управление здравоохранением // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 5.
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: Волгоградский государственный медицинский университет, 2021. – С. 24–27.

4. Шарабчиев Ю. Т. Маркетинговая стратегия в управлении здравоохранением. URL: <http://www.farminfo.ru>

УДК: 334.72.008

ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ НА СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Леднева София Алексеевна

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

Введение. Культура любой медицинской организации может существенно повлиять на удовлетворенность сотрудников работой, на удержание и качество обслуживания пациентов. Вот почему для организаций здравоохранения любого размера важно создавать культуру, которая ценит своих сотрудников, а не только деньги или прибыль.

Цели и задачи. Изучение влияния организационной культуры на стрессовые факторы в работе медицинского персонала.

Материалы и методы. Методологической основой для решения поставленных задач послужили труды Гречушников Е. Ю. «Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека», Яковлева Ю. В., Петров П. И. «Профессиональный стресс и синдром профессионального выгорания у практикующего врача-ортодонта». Исследование проводилось посредством изучения и анализа литературы, наблюдения и синтеза полученных знаний.

Результаты и обсуждение. Организационная культура, часто называемая корпоративной культурой, определяется как общие ценности, отношения и практики, которые характеризуют организацию, то есть это индивидуальность компании, и она играет большую роль в общей удовлетворенности сотрудников. В государственных организациях сферы здравоохранения, как правило преобладает иерархический тип культуры, в частных – рыночный [1]. Сильная корпоративная культура привлечет подходящих кандидатов на работу и сохранит их вовлеченность в качестве сотрудников.

На организационную культуру здравоохранения в современных реалиях очень сильно влияют два фактора: стресс и удержание. Само понятие «стресс» психология трактует как «неспецифическая реакция организма на воздействие различных внешних факторов» [2]. Для многих отраслей и организаций стресс является неизбежным фактом жизни, и это наиболее заметно в отрасли здравоохранения. Сильная организационная культура – это один из лучших способов облегчить этот стресс, так как большинство людей не хотят оставаться на невероятно напряженных должностях. Многие медицинские работники сталкиваются с трудным решением, связанным с психическим здоровьем, о том, должны ли они покинуть отрасль в пользу более спокойной карьеры [3]. Эта проблема удержания персонала ставит больницы в невыгодное положение как в финансовом, так и в практическом плане. Вот почему система здравоохранения работает над снижением стресса и повышением вовлеченности – и они делают это, уделяя особое внимание продуманной культуре работы.

Для многих термин «организационная культура» означает привилегии на рабочем месте, такие как украшение рабочего места, повседневная одежда или бесплатное кофе. Эти преимущества не всегда сочетаются с медицинской средой. На самом деле организационная культура заключается в создании атмосферы признательности, поддержки и объединения. С первого момента захода на работу врачи сталкиваются с непростой атмосферой, в которой от них ожидают принятия бесчисленных последовательных решений в течение дня и работы с кучей канцелярской документации. Если соединить это с постоянным напряжением звуковых и жужжащих сигналов тревоги, которые могут сигнализировать о ситуациях, связанных с жизнью или смертью, то так и создается профессия, которая постоянно находится под огромным давлением.

Можно выделить пять компонентов процветающей культуры здравоохранения:

1. Демонстрация признательности медсестрам и врачам. Им нужно чувство принадлежности и цели. Если показывать, насколько вы заботитесь о своих сотрудниках, то за этим последует лояльность и вовлеченность.

2. Поощрение автономного поведения признанием и наградами в режиме реального времени. А еще лучше, дать своим сотрудникам возможность вознаграждать друг друга – а не просто получать признание сверху вниз – за хорошо выполненную работу.

3. Сообщать ключевые показатели, связанные с успехом сотрудников и медицинской организации. Когда люди видят свой прогресс в достижении личных и общеорганизационных целей, они остаются вовлеченными и мотивированными.

4. Поощрение открытого обмена идеями [4]. Сотрудники должны чувствовать себя комфортно, рассказывая свои идеи и улучшения для медицинской организации.

5. Не останавливаться и продолжать внедрять инновации, так как застой еще никому не был полезен. Постоянно нужно находить области, требующие улучшения, а также продолжать развивать организационную культуру по мере развития потребностей сотрудников и пациентов.

Выводы. Подводя итог, хотелось бы отметить, что при поддержке сильной организационной культуры, которая заботится о своих сотрудниках, медицинские работники лучше подготовлены к тому, чтобы справляться со стрессом и заботиться о здоровье и жизни других.

Список литературы

1. Абрамов Н. М., Рудакова О. Ю. Организационная культура в учреждениях здравоохранения / Н. М. Абрамов. // Вектор экономики. – 2019. – № 15. – С. 56–71.

2. Гречушников Е. Ю. Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека / Е. Ю. Гречушников. // Молодой ученый. – 2022. – № 16 (411). – С. 417–420.

3. Яковлева Ю. В., Петров П. И. Профессиональный стресс и синдром профессионального выгорания у практикующего врача-ортодонта. В сборнике: Актуальные вопросы стоматологии / Ю. В. Яковлева, П. И. Петров // Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. – Казань, 2018. – 531 с.

4. Алексеев А. Парус или тормоз: как работать с корпоративной культурой. / А. Алексеев. – Питер, 2021. – 224 с.

УДК 615.1(075.8)

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ТРУДА РУКОВОДИТЕЛЕЙ НИЗОВОГО ЗВЕНА В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

Лупитько Елена Михайловна

Россия, Донецк, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Научный руководитель: к. фарм. н. Новицкая Юлия Евгеньевна

Введение. Современные реалии рыночной экономики актуализируют потребность в управленцах, которые относятся к делу творчески, хорошо информированы, умеют наилучшим образом использовать ресурсы и обеспечивать эффективность функционирования фирмы [1].

Исследования убедительно показывают, что управленческая работа по сути своей сильно отличается от неуправленческой. Г. Минцберг, проведший фундаментальное исследование по изучению труда руководителей, в своих трудах отмечал, что почти всякая работа в обществе требует специализации и концентрации. Однако для деятельности руководителя характерны кратковременность, разнообразие, фрагментарность и прерывистость в выполняемых действиях. Эти характеристики противоположны работе его подчиненных, которая носит повторяющийся характер, не прерывается, выполняется в постоянном, устойчивом, неизменном ритме [2].

Обычно выделяют три категории руководителей: руководители низового звена, или операционные управляющие, руководители среднего звена и руководители высшего звена.

Цели и задачи. Специалисты, имеющие квалификацию «провизор», чаще всего становятся руководителями низового звена – заведующими аптекой или аптечным пунктом. Поэтому весьма актуальным является исследование специфики работы руководителя-провизора для совершенствования подготовки выпускников специальности «Фармация», а также модернизации последипломного образования провизоров по программе «Организация и управление в фармации».

В качестве основной задачи исследования нами была поставлена следующая программа: опрос заведующих аптек различных сетей г. Донецка по распределению видов деятельности в пределах рабочего времени, анализ и систематизация полученных данных, выработка рекомендаций по рациональной организации труда руководителя низового звена.

Материалы и методы. В процессе исследования нами были использованы метод беседы со слушателями курсов повышения квалификации провизоров по специализации «Организация и управление в фармации», анализ собранных данных и обобщение их в форме рекомендаций по совершенствованию программ последипломного образования.

Результаты и обсуждение. Исследования функциональных обязанностей руководителей оперативного уровня (заведующих аптеками) показали, что руководители низового звена, исполняя свои обязанности, используют все виды мастерства.

Таблица

**Функциональные обязанности руководителей оперативного уровня
(заведующих аптеками)**

№ п/п	Обязанность	% времени	Частота исполнения
1	Контроль всех аспектов работы аптеки	15	Каждый день
2	Решение текущих проблем	12	Каждый день
3	Планирование работы аптеки	11	Каждый день
4	Неформальное и устное общение	11	Каждый день
5	Общение с вышестоящими лицами, посетителями, проверяющими организациями	11	Каждый день
6	Ответы на вопросы подчиненных	10	Каждый день
7	Обучение подчиненных	10	Каждый день
8	Составление отчетов	6	Каждый день
9	Создание и поддержание рабочей атмосферы в коллективе	5	Каждый день
10	Распределение времени	3	Каждый день
11	Посещение совещаний	3	Дважды в месяц
12	Чтение и самообразование	1	Еженедельно
13	Деловые консультации с подчиненными	1	Ежемесячно
14	Взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями	1	Ежемесячно

Из данных таблицы мы видим, что заведующие аптеками проводят 15 % рабочего дня, занимаясь контрольной деятельностью, 12 % – решая различные производственные проблемы и 11 % – занимаясь планированием деятельности аптеки. Согласно приведенным результатам исследования, около половины рабочего времени руководителей низового звена занято различными формами общения.

Проведенные исследования показали, что работа руководителя низового звена является напряженной и наполненной разнообразными действиями. Она характеризуется частыми перерывами и переходами от одной задачи к другой. Задачи сами по себе потенциально краткие. Временной период для реализации решений, принимаемых руководителем, также короткий. Они почти всегда реализуются в течение менее чем двух дней. Было выявлено, что заведующие ап-

текой проводят около половины рабочего времени в общении. Они много общаются со своими подчиненными, менеджерами дистрибьюторских компаний. Немного – с посетителями аптеки, проверяющими органами и вышестоящим начальством.

Выводы. Большая часть руководителей вообще – это руководители низового звена. Большинство руководителей начинают свою управленческую карьеру в этом качестве. Руководитель низового звена управления должен планировать работу так, чтобы она выполнялась равномерно и бесперебойно. Он также несет ответственность за то, чтобы подчиненные хотели и могли выполнять порученную им работу. Он должен ставить перед подчиненными цели, согласующиеся с целями всей компании, и на основе этих целей обязан вместе с работниками выработать конкретную цель для каждого из них.

Поэтому при последипломном образовании провизоров по специализации «Организация и управление в фармации» нужно больше уделять внимания основам менеджмента организации и навыкам эффективного общения.

Список литературы

1. Иванов В. В. Медицинский менеджмент / В. Иванов, П. Богаченко – М.: ИНФРА-М, 2007. – 256 с.
2. Шутов М. М. Уроки управления. Книга 1. Менеджмент, лидерство, предпринимательство и бизнес в здравоохранении: Учебное пособие / М.Шутов. – Донецк, 2019. – 324 с.

УДК 331

К ВОПРОСУ О МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ПРИМЕРЕ СЕТИ КЛИНИК «ПАНАЦЕЯ»

Орлова Полина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Днепровская Ирина Валерьевна

Введение. В динамично меняющемся мире все большую роль играет человеческий капитал, стремления которого оказывают значимое влияние на эффективность и успех организации. Для того, чтобы данные стремления возникли, каждый сотрудник, несмотря на его положение в иерархии организации должен быть заинтересован в исполнении своих обязанностей, также на него должны воздействовать определенные побуждающие силы как внутри предприятия, так и извне. Именно поэтому, медицинские сотрудники организации рассматриваются в социокультурном значении, функционирующими уже в единой команде, объединившись на добровольной основе. В связи с этим каждый руководитель задумывается о необходимости внедрения и развития системы мотивации в своей организации.

Цель. Целью данного исследования является разработка рекомендаций по совершенствованию мотивирующих факторов для сотрудников медицинского учреждения на примере сети клиник «Панацея».

Материалы и методы. В данном исследовании используются материалы анкетирования, проведенного на базе сети клиник «Панацея». Анкета была представлена персоналу в формате сервиса Google Forms. Метод анкетирования позволил определить уровень удовлетворенности респондентов своим положением в данном учреждении, а также факторы, влияющие на тот или иной выбор.

Результаты и обсуждение. В анкетировании о вопросе мотивации сотрудников приняли участие 30 человек, среди них 35 % – люди старше 40 лет, 57 % – люди среднего возраста, т. е. 25–40 лет, 8 % – молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет.

Исходя из полученных в результате обработки анкеты данных, рабочим местом, соответствующим государственным нормативным требованиям охраны труда, полностью довольны –

43,4 % респондентов, удовлетворены – 49,6 %, а не удовлетворены – 7 %. Таким образом, 93 % опрошенных положительно относятся к предоставленному рабочему месту.

В существующем кризисе, многие предприятия вынуждены прибегать к задержкам заработной платы и материального поощрения (премии). Мы решили узнать, готовы ли сотрудники соглашаться с периодическими задержками выплат. Согласно результатам опроса, 56 % респондентов понимают сложившуюся кризисную ситуацию, и готовы ждать, в то время как 44 % считают, что предприятие обязано выплачивать начисления своевременно, несмотря на финансовые трудности.

По вопросу мер поддержки персонала клиники «Панацея» абсолютное большинство (89 %) считают, что наиболее значимая поддержка – материальная, именно она дает мотивацию сотруднику работать эффективнее, в то время как 11% заявили, что нематериальные методы обладают большей результативностью.

Многие передовые компании устраивают для своих сотрудников различные тренинги, лекции с психологами и прочие мероприятия, направленные на улучшение социально-психологического климата коллектива с целью мотивации сотрудников. 78 % респондентов считают такие мероприятия нужными и полезными, и только 22 % скептически настроены к такому роду коммуникации.

На своем личном опыте с тренингами внутри организации сталкивались только 33 % из числа опрошенных. При этом достаточно большое количество респондентов (67 %) хотели бы поучаствовать в одном из таких проектов.

При поднятии вопроса о возможности трансформации системы мотивации сотрудников в сети клиник «Панацея» было выявлено следующее: только 44,5 % опрошенных считают это реальным, 30,3 % – маловероятным, 25,2 % считают это невозможным.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что мотивация работников к труду и профессиональному росту ведет к успешному развитию учреждения. Действительно, материальное стимулирование является главенствующим фактором мотивации персонала, однако, основным рычагом воздействия является корпоративная культура организации. Именно корпоративная культура позволяет работодателю сформировать в компании крепкий коллектив, команду сотрудников, с удовольствием делающих общее дело.

Основные рекомендации по совершенствованию факторов мотивации сотрудников в составе корпоративной культуры – систематическое информирование персонала, организация корпоративных мероприятий, официальное признание заслуг, регулирование взаимоотношений в коллективе.

Данные меры повысят привлекательность учреждения, мотивируют персонал, а также улучшат основные экономические показатели финансовой деятельности учреждения.

Список литературы

1. Внутрикorporативные коммуникации в формировании мотивации и лояльности сотрудников медицинского учреждения. [Электронный ресурс] // e-LIBRARY – Научная электронная библиотека. Григорян В.А., Танова А.Г., 2020. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42454608> (дата обращения: 15.10.2022).
2. Г.Х. Бакирова. Психология развития и мотивации персонала. //Информационные технологии в здравоохранении. 2018. № 6. С. 30–31. (дата обращения: 15.10.2022).
3. Мотивация медицинского персонала [Электронный ресурс] // академия профессиональных стандартов, 2022. URL: <https://dpoaps.ru/blog/motivaciya-medicinskogo-personala/> (дата обращения: 15.10.2022).
4. Мотивация медицинского персонала: кого нанять и как удержать [Электронный ресурс] // Журнал «Директор клиники», 2022. URL: <https://www.dirklinik.ru/article/82-motivatsiya-meditsinskogo-personala-kogo-nanyat-i-kak-uderjat> (дата обращения: 15.10.2022).
5. Оценка уровня мотивации сотрудников медицинской компании как инструмента обеспечения эффективной работы персонала [Электронный ресурс] // e-LIBRARY – Научная электронная библиотека. Палевская С.А., Боброва М.В. 2020. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44332262> (дата обращения: 15.10.2022).

УДК 159.923.2

КОУЧИНГОВЫЕ ТРАНСФОРМАЦИОННЫЕ ИГРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Скворцова Лариса Леонидовна

Беларусь, Гродненский государственный университет им. Я. Купалы

Князев Сергей Александрович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В современных экономических условиях, когда всё больше функций в организациях передаётся механизмам, машинам, роботам и искусственному интеллекту, человеческие таланты становятся центром внимания руководителей, а их развитие становится важнейшей функцией управления персоналом. При этом важно, чтобы носители нужных организации талантов достигли определённого уровня личностной зрелости. В этих целях используются различные инструменты, из которых очень эффективным является проведение трансформационных игр (далее – Т-игры), коучинговый формат которых способствует личностному росту сотрудников.

Цель и задачи. Целью работы является изучение возможностей использования Т-игр в практике управления талантами медицинских организаций. Задачами работы являются: рассмотрение понятия личностной зрелости в её взаимосвязи с управлением талантами и изучение положительного влияния Т-игр на рост личностной зрелости сотрудников медицинских организаций.

Материалы и методы. Материалами для исследования послужило содержание Т-игр и их влияние на личностную зрелость сотрудников. Методом исследования является анализ функций Т-игр.

Результаты и обсуждения. В генетическом измерении личностная зрелость рассматривается как высший уровень развития личности. С позиции функционального измерения зрелость личности – такое количественно-качественное состояние её развития, которое способно устойчиво сохранять психологическое здоровье и благополучие личности, а также обеспечивать полноценное функционирование в деятельности (продуктивность, мастерство) и в собственном развитии (самоактуализация, самореализация) в изменяющихся условиях и обстоятельствах жизни.

Одним из критериев, который позволяет провести различие между зрелой личностью и инфантильной, является наличие индивидуального смысла жизни [4]. В медицинской сфере немаловажным фактором профессионализма врача является субъективного восприятия избранного им дела как служения. Выявить дополнительные аспекты этого сложного социально-психологического феномена и дать собственную интерпретацию служению с позиции глубокого личностного переживания помогает игра «Обретение даров» (разработчик Т. Е. Рогачёва), основной функцией которой является работа с жизненным предназначением участника. Основной сюжет этой Т-игры – это исследование жизненного пути участника с точки зрения его призвания.

С понятием «предназначения» тесно связано понятие «миссия». Миссия как вклад участника в некое общее дело обязывает профессионала к проявлению такого зрелой личности, как ответственность [5]. Осознание участниками своей миссии и стратегий её реализации в командном формате помогает Т-игра «Совет директоров» (разработчики С. А. Князев, М. М. Лукина, С. Ю. Толубеева) [6], которая помогает участникам понять взаимозависимость сотрудников различных подразделений медицинской организации в деле спасения жизни и здоровья пациента и более ответственно подходить к своей части вклада в общее дело.

Для реализации жизненной миссии и предназначения необходимо осознание собственных жизненных ценностей, в чём может помочь Т-игра «Имя дракона» (разработчик Т. Е. Рогачёва). Таким образом через данную Т-игру может проходить работа с ещё одним компонентом зрелой личности – духовностью (ориентацией на высшие человеческие ценности) [5]. Т-игра предоставляет широкие возможности для осознания таких ценностей, как гуманизм, свобода, справедливость и т. д.

Реализация жизненных ценностей человека возможна с помощью ещё одного элемента концепции зрелой личности – саморазвития [5]. Саморазвитие подразумевает постоянную работу над собой в виде постановки и достижения важных жизненных целей и решение задач. Сформулировать такого рода цели и задач, а также наметить план их достижения помогает Т-игра «Горизонты» (разработчики С. А. Князев и Н. Д. Купцов).

В развитии медицинского персонала можно найти много вариантов использования Т-играм, так как сфера их применения чрезвычайно широка [1]. Среди возможных альтернатив может быть карьерное развитие зрелой личности в медицинской сфере [3], проведение коуч-сессии с врачами и медсёстрами [2] и многое другое.

Выводы. Таким образом, Т-игры помогают развитию многих компонент зрелой личности, которые, в свою очередь, повышают уровень профессионализма медицинского персонала, а также усиливают таланты в медицинских организациях.

Список литературы

1. Греков, И. В. Феномен трансформационной игры / И. В. Греков, А. С. Муравьева // Человек. Искусство. Вселенная. – 2022. – № 1. – С. 27–34.
2. Князев, С. А. Гуманистическая концепция коучинга как инструмента организации карьерного сценария талантливого сотрудника в условиях враждебного поведения руководителя / С. А. Князев // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века : Сборник материалов III (I Национальной) Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 08–09 ноября 2018 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2019. – С. 168–170.
3. Скворцова, Л. Л. Интерактивный семинар-тренинг с использованием игропрактик рефлексивных упражнений «Карьерный драйв, или Как найти себя в профессии» / Л. Л. Скворцова // Методические разработки воспитательных мероприятий – 2018 / Учреждение образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы» ; под ред.: О. В. Котовой, В. В. Стойлик. – Гродно : ГрГУ им. Янки Купалы, 2018. – С. 132–136.
4. Скворцова, Л. Л. Содержательные аспекты имплицитных концепций личностной зрелости / Л. Л. Скворцова // Вестник Гродненского государственного университета имени Янки Купалы. Серия 3. Филология. Педагогика. Психология. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 120–129.
5. Скворцова, Л. Л. Сравнительный анализ имплицитных концепций личностной зрелости / Л. Л. Скворцова // Зборнік навуковых прац Акадэміі паслядыпломнай адукацыі. Вып. 14. – Мінск : АПА, 2016. – С. 380–395.
6. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2015621204 Российская Федерация. Бизнес-игра «Совет директоров» : № 2015620669 : заявл. 08.06.2015 : опубл. 06.08.2015 / С. А. Князев, М. М. Лукина, С. Ю. Толубеева.

УДК 61

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ТРУДА РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Сулейманов Сайхан Сайпудинович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Косинова Наталья Николаевна

Введение. Актуальность мотивационной деятельности руководителя в любой организации не подвергается сомнению. Наибольшую эффективность стимулирования мотивации достигается путем создания рациональных систем стимулирования, направленных на четкое обозначение

целей организационной структуры. Создание таких систем – серьезная организационная проблема, поскольку каждая организация имеет свои особенности. Без учета этих особенностей невозможно вычлениить элементы мотивации, которые могут быть отнесены к денежному стимулированию сотрудников, а также те, что могут являться важным нефинансовым стимулом. Особенно сложным является выстраивание систем стимулирования в условиях недостаточного финансирования предприятий, поскольку недостаток денежного вознаграждения является причиной халатного отношения работников к труду, а также провоцирует кадровый голод.

Цели и задачи. Изучение совершенствования системы мотивации в медицинском учреждении и разработка рекомендаций по ее совершенствованию на примере ГУЗ «ДКБ № 8».

Материалы и методы. Для написания статьи была использована внутренняя документация учреждения ГУЗ «ДКБ № 8», публикации научных статей периодических изданий и методы анализа и обобщения.

Результаты и обсуждение. Как и в любой организации от эффективности системы мотивации в ГУЗ «ДКБ № 8» зависит уровень успеха хозяйственной деятельности и конкурентное положение на рынке. Наибольшую эффективность стимулирования мотивации достигается путем создания рациональных систем стимулирования, направленных на четкое обозначение целей организационной структуры. [2] Для того, чтобы выявить и обозначить цели системы совершенствования мотивации, было проведено анкетирование среди 130 медицинских работников организации с помощью google-формы и были получены следующие результаты. На вопрос «Удовлетворены ли Вы своей работой?» (36 %) респондентов ответили, что удовлетворены, (32 %) респондентов – не вполне удовлетворены своей работой и (32 %) – затрудняются ответить. При ответе на вопрос «Что вы больше всего цените в своей работе?» мнение респондентов распределилось следующим образом. Большая часть респондентов (46,2 %), выбрала ответ – заработная плата. Трудовому коллективу и рабочему процессу как к факторам мотивации, отдали предпочтение равное количество респондентов (26,9 %). Для выявления наиболее значимых факторов мотивации труда был задан вопрос о том, что из предложенного замотивировало бы их работать еще лучше. Премии (денежные) мотивируют большее число респондентов (54,2 %), далее – бесплатное питание (21,9 %), после, с незначительной разницей идут: путевки в санатории (13,3 %), дополнительное обучение (10,6 %). Также было выявлено, что предпочтение отдается материальным мотивационным потребностям, как основному виду мотивационного стимулирования (46,5 %), далее, по значимости одним из мотивирующих факторов, является социальный фактор (39,1 %). Малая часть респондентов, а именно – (14,4 %), считают признание профессиональных заслуг важным фактором мотивации. Проанализировав ответы, полученных в результате анкетирования, мы пришли к выводу, что наиболее действенным фактором мотивации является – материальная мотивация (повышение заработной платы, премии) [1]. Люди, в том числе и врачи, готовы соглашаться с неким «дискомфортом», обходиться «малым», если это компенсируется достойной заработной платой. Далее представлены предложения по совершенствованию мотивационной системы. Предложения даны в виде моральных стимулирования, так как медицинская организация не может позволить себе повысить заработную плату сотрудникам для их профессиональной деятельности, и на такой основе моральное стимулирование будет осуществляться по двум направлениям: поощрение (знаки, символы отличия, награды, благодарности в устной и письменной форме). Путевки в санатории как фактор мотивации [3]. В случае организации такой системы мотивации (видоизменения имеющейся) нами предлагается внести следующие правила: выдавать отпуска на все время пребывания в санатории; оплачивать проезд или выбирать тот, что поближе; выдавать путевки в соответствии с сезоном; при наличии нескольких направлений дать право выбора места сотруднику; если путевка выдается ограниченному числу работников, выдавать их в соответствии с результатами работы.

Выводы. Важным фактором для успешного развития организации является мотивация работников к труду и профессиональному росту. В самом общем плане трудовая мотивация – это

побуждение людей к деятельности для достижения целей организации и личности. Мотивами выступают внутренние факторы, тесно связанные с ценностями. И на основании это были представлены предложения по совершенствованию в виде моральных стимулирования, в которые входят различные виды поощрений и путевок в санаторий, главной задачей которых, в конечном счете, является создание эффективных систем мотивации и стимулирования труда на различных предприятиях.

Список литературы

1. Современные формы оплаты и мотивации труда персонала сферы здравоохранения» [Электронный ресурс] – URL: [http://www.pmedpharm.ru/sveden/files/B1.V.DV.08.02_UMM_Sovremennye_formy_oplaty_i_motivacii_truda_personala_sfery_zdravooxraneniya_2020\(2\).pdf](http://www.pmedpharm.ru/sveden/files/B1.V.DV.08.02_UMM_Sovremennye_formy_oplaty_i_motivacii_truda_personala_sfery_zdravooxraneniya_2020(2).pdf) (Дата обращения: 19.10.2022)
2. Государственное учреждение здравоохранения «Детская клиническая больница №8» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.dkb-8.ru/struktura-bolnici/administratsiya.html> (дата обращения: 17.20.2022).
3. Эффективные системы мотивации персонала и методы оплаты труда в муниципальных учреждениях здравоохранения: [Электронный ресурс]. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/effektivnye-sistemy-motivatsii-personala-i-metody-oplaty-truda-v-munitsipalnyh-uchrezhdeniyah-zdravooxraneniya-aktualnye-problemy-i-puti-resheniya.pdf> (дата обращения: 19.10.2022).

УДК 331.101.38

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО САЛОНА BEAUTY INSIDE)

Сячина Анастасия Вячеславовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Гапоненко Юлия Владимировна

Введение. Опыт и развития не больших предприятий, как в Российской Федерации, так и за рубежом, показал, что эффективность управления человеческими взаимоотношениями в процессе труда является, мощным резервом повышения производительности и увеличения общей эффективности в организации. Поэтому управление и эффективность работы, должно быть первоочередной задачей. Доход организации или даже выживание организации, зависят от того, как коллеги реагируют на проблемы, с которыми они сталкиваются. Косметологические салоны с высококвалифицированным персоналом, имеет множество преимуществ перед конкурентами, с необученными и не мотивированными рабочими. Жесткая конкуренция, как со стороны местных салонов с более образованными управляющими, так и со стороны салона BEAUTY INSIDE класса-vip, имеющихся в Волгограде, делает повышенную производительность каждого специалиста все более и более важным. Создание бизнеса всегда связано с людьми, работающими в лучших салонах косметологии. Правильные принципы организации в салонах косметологии, оптимальные системы и процедуры играют важную роль в организации. Однако, успех малого предприятия зависит от конкретных людей, их знаний, компетентности, квалификации, дисциплины, мотиваций. А также способности решать проблемы по мере их возникновения и быстрой восприимчивости к обучению. В то же время трудовые отношения в моей организации – едва ли не самая сложная проблема предпринимательства. В последнее время бурный рост числа салонов, индустрии красоты в косметологии, остро приводит к дефициту специалистов, и поэтому для того чтобы «Косметологический салон» работал эффективно, необходимо правильно организовать труд специалистов, и при этом постоянно контролируя деятельность специалистов. В этом случае, используя различные методы формирования и развития факторов эффективности управления с коллективом. Таким образом, можно полагать, что исследование человеческого фактора, в управлении и анализ

удовлетворенности сотрудников в «Косметологическом салоне», является достаточно актуальным и требует своего рассмотрения. Данной теме можно разработать ряд определенного комплекса мероприятий в «BEAUTY INSIDE», непосредственно для самих специалистов и клиентов. Одна из двигающих проблем в косметологическом салоне на сегодняшний день является:

- запуск новой услуги или нового направления;
- разработка ассортимента услуг и установлении цен;

Цели и задачи. Изучение развития и повышения эффективности управленческого решения. Разработать мероприятия по повышению эффективности принятия управленческих решений в «Косметологическом салоне BEAUTY INSIDE».

Материалы и методы. Рациональная организация и методы выполнения управленческих решений, и систематический контроль за соблюдением норм и условий качественного осуществления, что является реальной предпосылкой обеспечения эффективности управления.

Результаты и обсуждения. Повышение эффективности управления и функционирования организации, в очень значительной степени зависит от качества управленческих решений. Это обуславливает важность овладения всеми ответственными работниками управленческого аппарата, и прежде всего руководителями организаций теоретическими знаниями и практически навыками разработки, и внедрения оптимальных управленческих решений. Для того, чтобы управленческое решение было грамотным, и максимально адаптированным под конкретные условия организации, необходимо заранее провести анализ возможной эффективности управленческого решения. И рациональным путем решения проблем в данном случае – обеспечить данного сотрудника в «BEAUTY INSIDE» рабочим местом и всеми необходимыми, для работы основными средствами и вспомогательными материалами, ввести данного сотрудника в курс дела, поставить задачи, которые необходимо решить и даже может вносить изменения, согласовываясь с руководителем косметологического салона.

Выводы. Критериями повышения эффективности управленческих решений являются – реалистичность, правильность, безубыточность или прибыльность, быстрота и дешевизна, конкурентоспособность, обоснованность, рациональность, реализованность и получение конечного результата.

Список литературы

1. Балдин, К. В. Управленческие решения / К. В. Балдин, С. Н. Воробьев, В. Б. Уткин. – М.: Дашков и К°, 2019. – 496 с.
2. Белов, П. Г. Управление рисками, системный анализ и моделирование. Учебник и практикум. В 2 томах (комплект) / П. Г. Белов. – М.: Юрайт, 2015. – 736 с.
3. Гапоненко, Т. В. Управленческие решения / Т. В. Гапоненко. – М.: Феникс, 2008. – 288 с.
4. Инновационные модели и инструменты управления промышленным предприятием: монография / С. В. Волков, Ю. В. Гапоненко, Г. С. Мерзликина, О. А. Минаева, Е. К. Пономарева, В. Ф. Трунина, О. М. Шаталова, С. А. Шевченко; под ред. Г. С. Мерзликиной; ВолгГТУ. – Волгоград, 2015. – 112 с.
5. Постников, В. М. Методы принятия решений в системах организационного управления. Учебное пособие / В. М. Постников, В. М. Черненький. – Москва: Мир, 2018. – 208 с.
6. Gushchin, M., Dontsov, D., Gaponenko, Y., Gushchina, E., & Yushkova, N. (2019). Infrastructural Priorities And Regularities Of Spatial Development Of Regional Systems. In & V. A. Trifonov (Ed.), Contemporary Issues of Economic Development of Russia: Challenges and Opportunities, vol 59. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 474-483). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.51>.

УДК 331.101.38

РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРЕДПРИЯТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ ЦРБ КЛЕТСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА)

Юсюмбели Олеся Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Гапоненко Юлия Владимировна

Введение. В современном мире на сегодняшний день в здравоохранении инновационная составная часть развития предприятий, является основным источником экономического роста. Мировая практика показывает, что в здравоохранении высокий уровень развитие обслуживания пациентов, и поддержание его конкурентоспособности в долгосрочной перспективе, во многом зависит от инновационной технологии, которые находятся в системе здравоохранения, а значит, именно хорошая диагностика является неотъемлемой и самой главной частью здравоохранения. Инновации в здравоохранении становится основой современного мира. В связи с этим возрастает важность и роль управления инновационной деятельностью на российских предприятиях. Инновационный менеджмент в управлении здравоохранения выполняет и отслеживает изменение инновационных целей, в зависимости от изменений ситуаций на рынке, а именно ориентация на достижение запланированной цели; руководство информационными и техническими данными; при принятии всяческих решений в пользу организации; подключение к работе всевозможные новейшие технологии, гибкие решения, мониторинг финансового анализа на каждом этапе работы. Управление инновационным потенциалом в здравоохранении, является составной частью инновационного менеджмента в здравоохранении, и решает вопросы планирования и реализации стратегий, обеспечивающих устойчивое развитие предприятия. Разработка инновационных стратегий в здравоохранении, осуществляется на основе оценки потенциальных возможностей предприятия и его инновационного потенциала. Анализ внешней среды для организации здравоохранения, позволяет выявлять шансы, риски на рынке. Анализ же инновационного потенциала в медицине, позволяет оценить ресурсы предприятия, с точки зрения возможности их использования для стратегических решений в здравоохранении. Текущее управление инновационной деятельности тесно связаны с величиной и структурой инновационного потенциала предприятия, которое является необходимым условием осуществления инновационных задач. Для лучшей оценки текущей ситуации и выбора перспективных направлений инновационного развития предприятия необходимо проведение систематической оценки имеющегося инновационного потенциала. Это будет способствовать выявлению резервов, ресурсов, повышений эффективности его использования в организации, что в свою очередь, даст возможность корректировать направления инновационного развития и прогнозировать высокую вероятность дохода. Характер положительных результатов инновационной деятельности в организации здравоохранения зависит от управления. Имеет большое значение и тот факт, что в условиях сокращения бюджетного финансирования сферы науки и технологий государственная поддержка на предприятия направлена, прежде всего, на высокие инновационные возможности. Возрастающая роль инновационной деятельности, ГБУЗ ЦРБ предъявляет новые требования к вопросам о выборе наиболее эффективных проектов, диагностических аппаратов для лаборатории, в использовании инновационного потенциала и управления инновационной деятельности в здравоохранении. В связи с этим все большее внимание отечественных и зарубежных ученых уделяется роли инновационного потенциала в развитии предприятия здравоохранения.

Цель и задачи. Заключается в теоретическом обосновании и разработке практических рекомендаций по развитию организации инновационного потенциала на предприятии.

Материалы и методы. Теоретической и методической основой исследования явились труды отечественных и зарубежных авторов в области управления инновационной деятельностью, а также задачи инновационного и финансового менеджмента, экономического анализа.

Результаты и обсуждение. Исследуемой теме в последние годы в России уделяется достаточное внимание, зачастую инновационная деятельность для многих российских предприятий продолжает оставаться наиболее слабым звеном в общей системе управления предприятием. Вместе с тем, следует отметить ряд работ, направленных на изучение проблем развития инновационного потенциала и управления на предприятии. В частности пути предложения инновационного потенциала в ГБУЗ ЦРБ, нужно приобретать современное оборудование диагностики, что является ключевым решением любого диагноза для врача и пациента, и этим самым мы достигнем правильное лечение и выздоровление, и конечно же репутацию ЦРБ и доход прибыли для предприятия.

Среди зарубежных ученых особо следует отметить теоретиков и практиков, сформировавших концепцию управления, таких, как: Мончев Н., Перлаки И., Хартман В. Д., Мэнсфилд Э., Фостер Р., Твист Б., Шумпетер И., Роджерс Э. и другие. Несмотря на наличие глубоких и обстоятельных трудов отечественных и зарубежных авторов в области управления и организации, необходимо отметить, что в отечественной управленческой науке пока не выработано единого подхода к сущности инновационного потенциала.

Выводы. Основные критерии оценки технологических инноваций в сфере лабораторной диагностики – эффективность, автоматизация, упрощающая анализ, снижение вероятности ошибок. Развитие и реализация инновационного потенциала отдельных предприятий систем здравоохранения, является важной предпосылкой перестройки экономики и ее ускоренного развития. Инновационный потенциал организации здравоохранения следует рассматривать, как способность организации создавать новую стоимость, путем привлечения всех его имеющихся технологий с целью его инновационного развития.

Список литературы

1. Дорофеев В. Д., Шмелева А. Н. Инновационный менеджмент: учебное пособие. – М.: Феникс, 2009. – 442 с.
2. Ильенкова С. Д. «Инновационный менеджмент». – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юнити-Дана, 2004.
3. Инновационные модели и инструменты управления промышленным предприятием: монография / С. В. Волков, Ю. В. Гапоненко, Г. С. Мерзликина, О. А. Минаева, Е. К. Пономарева, В. Ф. Трунина, О. М. Шаталова, С. А. Шевченко; под ред. Г. С. Мерзликиной; ВолгГТУ. – Волгоград, 2015. – 112 с.
4. Ильенкова С. Д. Инновационный менеджмент. М.: – Банки и биржи, 2003.
5. Казначевская Г. Б. Менеджмент. – 5-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2005.
6. Gushchin, M., Dontsov, D., Gaponenko, Y., Gushchina, E., & Yushkova*, N. (2019). Infrastructural Priorities And Regularities Of Spatial Development Of Regional Systems. In & V. A. Trifonov (Ed.), Contemporary Issues of Economic Development of Russia: Challenges and Opportunities, vol 59. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 474-483). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.51>.

УДК 65.012.45

ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шипилова Алина Сергеевна

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

Введение. В современных реалиях политика государства в сфере здравоохранения ориентирована на инновационный путь развития, предусматривающий осуществление целого

комплекса мероприятий, что напрямую корреспондируется с приоритетным национальным проектом «Здравоохранение». Данный национальный проект разработан с целью качественного улучшения функционирования медицинских организаций, что ставит перед руководителями в сфере здравоохранения каждого уровня вопрос обеспечения эффективного обмена информацией для достижения назначенных планов.

Цели и задачи. Рассмотреть факторы эффективности организационных коммуникаций в медицинской организации в рамках реализации проектного управления в сфере здравоохранения.

Материалы и методы. Использование методологических основ теории коммуникации относительно практического функционирования медицинских организаций и выяснение специфических черт организационных коммуникаций в здравоохранении.

Теоретической основой работы послужили труды Щербатых Ю. В., который рассмотрел коммуникацию как динамический процесс и определил взаимосвязь между элементами коммуникации. Переверзев В. Н. представил классификацию коммуникаций в разрезе различных критериев, в том числе и организационного.

Результаты и обсуждение. В рамках проектного управления в сфере здравоохранения мы отводим значительную роль понятию «коммуникация», которое является основным связующим звеном между руководителем и его подчиненными, между руководителями одного уровня, во внутренней и внешней среде организации. Коммуникации представляют собой сложные, динамичные и воспроизводящиеся явления, которые могут рассматриваться как действие, взаимодействие и процесс, состоящий из таких элементов, как: коммуникатор, реципиент, сообщение, канал и контекст – окружающие условия, в которых происходит ситуация взаимодействия (также элементы социальной ситуации) [1].

Организационные коммуникации – это процесс, благодаря которому руководители совершенствуют систему предоставления информации и передачи сведений большому количеству людей внутри организации и отдельным субъектам за ее пределами [2]. Данный вид коммуникаций является основой в координации деятельности по всей вертикали и горизонтали управления, позволяет получать необходимую информацию.

В рамках реализации организационных коммуникаций перед субъектами (отправитель и получатель информации) могут возникнуть некоторые трудности (помехи). Обращаясь к теории коммуникации, к понятию «помеха» возможно отнести всё, что искажает смысл информации, которую содержит сообщение. К источникам помех могут относиться язык (вербальный либо невербальный), различия в восприятии, изменяющие смысл во время кодирования и декодирования, различия в статусе менеджеров и подчиненных и т. д. [3]. С точки зрения менеджмента помехи в коммуникации приводят к снижению степени вероятности достижения поставленных целей, планов и задач, соответственно снижается и результативность производственной деятельности.

Непосредственным исполнителем федеральных проектов являются медицинские работники, которые в рамках своей ежедневной профессиональной деятельности обеспечивают исполнение плановых показателей федеральных проектов. Именно поэтому перед администрацией медицинских организаций стоит вопрос об организации обратной связи от сотрудников с целью рассмотрения основных проблем производственной деятельности, затрудняющих исполнение плановых показателей:

1. Визуализация процесса исполнения федерального проекта – сколько мероприятий выполнено и с каким результатом, каков объем предстоящей работы для достижения плановых показателей?
2. Получение обратной информации от непосредственных исполнителей назначенных мероприятий федерального проекта;
3. Организация самоуправления специалистов и повышения личной ответственности за исполнение назначенных мероприятий;
4. Необходимость в оперативной коммуникации между исполнителями и администрирующим звеном;
5. Решение вопроса понимания специалистами своей работы, основной цели и их роли в реализации мероприятий.

Выводы. С целью эффективного руководства администрации медицинской организации необходимо информировать персонал по теме актуальных сведений об изменении стратегии, разработке и внедрении новой политики (производственной, маркетинговой, финансовой). При этом основной задачей является не просто информирование, а получение поддержки работников при проведении организационных преобразований [4]. Так сотрудники, со своей стороны, сообщают начальству о текущих производственных проблемах, предлагают идеи по решению поставленных задач.

Например, при вертикальном взаимодействии высшее руководство обеспечивает обмен информацией с верхних уровней управления на нижние путем издания распорядительной документации (приказов, распоряжений, нормативных документов) и других видов документации. В обратном порядке обмен информацией с нижних уровней управления на верхние путем планерок, собраний и конференций сотрудников, обхода высшего и среднего руководства, обхода заведующих, клинических разборов, консилиумов, приема по служебным и личным вопросам, деловой переписки (докладных и аналитических записок, отчетов, заявлений).

Руководители среднего звена (руководители государственных учреждений здравоохранения) осуществляют обмен информацией с сотрудниками через административные планерки с руководителями подразделений, совещания, коллективные собрания, через создание внутренних приказов, поручений, служебных записок, направление справочной информации посредством общей папки сетевого окружения для передачи файлов по электронной почте, мессенджерами.

Список литературы

1. Щербатых Ю.В. Психология труда и кадрового менеджмента в схемах и таблицах. – М.: Кнорус, 2010, – 78 с.
2. Переверзев В. Н. Методологические аспекты теории коммуникации // Вестник российской коммуникативной ассоциации. – 2002. – № 1. – С. 118–128.
3. Бернет Дзк., Мориарти С. Маркетинговые коммуникации: интегрированный подход: пер. с англ., СПб., 2001, – 213 с.
4. Шунейко, А.А. Основы успешной коммуникации: Учебное пособие / А. А. Шунейко, И. А. Авдеенко. – М.: Флинта, 2016, – 192 с.

УДК 331

ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Архипова Екатерина Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

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

Введение. Управление персоналом заключается в подборе и удержании необходимых для организации кадров, в их обучении и повышении квалификации, в оценке деятельности каждого из сотрудников по достижению целей организации. Высокий уровень конкуренции на рынке медицинских услуг вынуждает организацию разрабатывать технологии подбора персонала, а также внедрять прогрессивные методы, позволяющие осуществлять поиск высококвалифицированных кадров в кратчайшие сроки [1].

Цели и задачи. Цель работы состоит в теоретическом обосновании особенностей подбора медицинского персонала с позиций выделения его способов и особенностей.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода, анализа и синтеза данных.

Результаты и обсуждение. Отбор кандидатов является основой для отбора будущих работников организации, который начинается с анализа списка кандидатов с точки зрения выполнения ими требований организации к будущим работникам.

Подбор – это процесс отбора подходящих кандидатов на вакансии на основе имеющихся человеческих ресурсов в службе занятости и в компании. Кадровый отбор включает следующие элементы: а) расчет кадровой потребности рабочих и служащих; б) рабочие модели; в) профессиональный подбор персонала;

Идентификация претендентов на разработанные требования определяется несколькими способами:

- Тест (коммуникативные навыки, лидерские качества, тип темперамента, IQ и др.);
- Объективные критерии (профиль карьеры, документы заявки, включая резюме);
- Интервью (проверка ценностных ориентаций, согласование личных целей с задачами проекта);
- Наблюдение (ложь, страх, заученные реакции и типичное поведение), ложь легко выявляются путем анализа вербального и невербального поведения кандидата [2].

Рынок труда медицинских работников отличается относительной обособленностью, что обусловлено рядом факторов.

Во-первых, медицинская деятельность строго регулируется нормами законодательства, что влечет за собой высокий уровень требований к качеству предоставляемых услуг и квалификации специалиста. Следует также учитывать тот факт, что на вакантную должность врача не может претендовать лицо, не имеющее высшего медицинского образования и действующего сертификата, позволяющего ему на законных основаниях осуществлять профессиональную деятельность.

На изолированность рынка труда медицинского персонала влияют также прочные межличностные и деловые связи, возникающие между специалистами. Они развиваются под влиянием таких явлений как: преемственность поколений, высокий уровень ответственности за результаты деятельности, длительность и непрерывность процесса обучения.

К характеристикам управления персоналом в сфере здравоохранения, влияющим на организацию подбора кадров, также относятся: нехватка кадров, увеличение среднего возраста специалистов, тенденция к снижению престижа медицинской профессии среди молодежи, низкий уровень мотивация персонала, внутренняя и внешняя миграция медицинских работников [3].

Выводы. Одна из сложностей в организации работы медицинского учреждения – правильный подбор персонала. Юридические и финансовые риски можно предугадать и минимизировать, но с человеческим фактором дело обстоит иначе.

Именно персонал является лицом клиники, основой ее имиджа и успеха. Неграмотная работа и некорректное общение администраторов может привести к тому, что пациент откажется от услуг клиники, какие бы высококвалифицированные врачи ни работали в ней.

Список литературы

1. Лымарева О. А., Елизарова Л. И. Кадровая политика медицинских организаций в условиях дефицита высококвалифицированных работников // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2021. – № 1–1 (71). – С. 198–201.
2. Виниченко М. В., Строкова С. А. Некоторые подходы к оценке источников отбора персонала // Материалы Афанасьевских чтений. – 2016. – № 2 (15).
3. Побегайлов О. А., Воронин А. А. Некоторые аспекты подбора и отбора кадров // ИВД. – 2012. – № 4–1.

УДК 334.025

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Гадаева Арзу Шамильевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент, к. э. н. Голиков Вячеслав Владимирович

Введение. С целью достижения адаптации в современных рыночных условиях субъектов хозяйствования, их технического перевооружения и реконструкции производства, повышения инновационного потенциала при отсутствии стабильных источников финансирования необходим эффективный механизм управления предприятием. Он предполагает:

- разработку стратегии организации с учетом ее реакции на возможные изменения внешней среды;
- формирование такой структуры управления, которая будет обеспечивать реализацию выбранной стратегии;
- разработку системы показателей, позволяющей оптимизировать процесс реализации целей и задач, стоящих перед организацией, с учетом имеющихся в ее распоряжении ресурсов;
- анализ причин отклонений показателей;
- принятие и реализация эффективных управленческих решений, направленных на устранение отклонений [5].

Цели и задачи. Целью является изложение аспектов совершенствования организационных структур управления медицинской организацией.

Задачи: раскрыть понятие и сущность организационных структур управления; исследовать методы проектирования систем управления [2].

Материалы и методы. Методологию написания тезисов составляют системный и функциональный анализ, графический, статистический и аналитический методы.

Результаты и обсуждение. Успешная деятельность организаций в условиях финансового кризиса невозможна без наличия оптимального механизма управления, эффективность которого определяется сбалансированностью его элементов. Переход к рыночной модели экономики обнаружил несоответствие организационного, технологического, производственного потенциала предприятий и спроса основных групп покупателей на рынке. Это дало толчок к осуществлению процесса реструктуризации в организациях, в частности, к изменению их организационной структуры [3].

Организация управления является самостоятельной областью науки и нуждается в разработке гармоничной концепции, тщательного изучения ее закономерностей, принципов и проработке ее практического воплощения [1].

Организационные перестройки в переходный период способны быстро приносить отдачу, обладают малой капиталоемкостью, благодаря чему приобретают особое значение. В реальной практике организационного проектирования оценка эффективности необходима как для действующей организационной структуры, так и для сравнения различных вариантов ее совершенствования [4].

Организационное взаимодействие – это формальные отношения между отдельными позициями управления в рамках структуры. Сотрудники организации выступают как единый целостный организм, имеющий перед собой цель и использующий определенные знания и технические приемы для осуществления своей деятельности [6].

Организационная структура управления – одно из ключевых понятий менеджмента, сложная и многозначная его категория. Она тесно связана с процессом управления, функциями, целями, распределением полномочий между менеджерами. В рамках ОСУ протекает весь управленческий процесс, с участием менеджеров всех категорий, профессиональной специализации

и уровней. Каждый из них имеет отдельные задачи и зоны ответственности, находясь при этом в отношениях сотрудничества, руководства-подчинения и контроля. Структура сравнима с каркасом здания управленческой системы, служащим для своевременности и эффективности всех протекающих в ней процессов.

Выводы. Таким образом, успешная деятельность организаций в условиях финансового кризиса невозможна без наличия оптимального механизма управления, эффективность которого определяется сбалансированностью его элементов. Переход к рыночной модели экономики обнаружил несоответствие организационного, технологического, производственного потенциала предприятий и спроса основных групп покупателей на рынке.

Список литературы

1. Румянцева З. П. Общее управление организацией. Теория и практика: учебник / З. П. Румянцева. – М.: ИНФРА-М, 2007. – 304 с.
2. Макарова Н. Н. Организационное проектирование: учеб. пособие / Н. Н. Макарова. – Томск: ТПУ, 2013. – 92 с.
3. Мильнер Б. З. Теория организации / Б. З. Мильнер. – изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 275 с.
4. Баринов В. А. Организационное проектирование: учеб. пособие / В. А. Баринов; под ред. В. И. Видяпина. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 384 с.
5. Виханский О. С. Менеджмент: учебник / О. С. Виханский, А. И. Наумов. – М.: Экономика, 2005. – 670 с.
6. Мескон М. Основы менеджмента / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури; под общ. ред. Л. И. Евенко. – пер. с англ. – М.: Дело, 1997. – 500 с.

УДК 331.101.38

МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Давыдова Надежда Валерьевна

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

Введение. В современном мире ни одна организация не будет успешно развиваться и существовать, если в ней не будет эффективная система управления и мотивации персонала, при которой каждый конкретный работник хотел бы повышать свою производительность и качественно работать для достижения поставленных целей. Чтобы в наибольшей степени соединить интересы и потребности персонала с задачами организации, нужно разработать наиболее эффективную систему мотивации труда, что является основной задачей службы управления персоналом [1].

Цели и задачи. Рассмотреть методы совершенствования мотивации персонала в медицинской организации.

Материалы и методы. Различные методы управления персоналом и его мотивацией должны ориентироваться, во-первых, на эффективность необходимых для внедрения той или иной мотивационной модели материальных и финансовых затрат, а, во-вторых, на достижение стоящих перед организацией целей.

Результаты и обсуждение. Необходимо отметить, что в сфере современного менеджмента предпринимаются активные попытки пересмотра классических теорий мотиваций с целью их приспособления к современной структуре потребностей [2]. Совершенствование системы мотивации персонала может быть основана на самых разнообразных методах, выбор которых зависит от проработанности системы стимулирования на предприятии, общей системы управления

и особенностей деятельности самого предприятия [3]. Методы стимулирования можно сгруппировать по экономическим стимулам управлению по целям, системе участия.

В это связи предлагаются следующие мероприятия:

- совершенствование системы оплаты труда;
- разработка набора социальных пакетов для персонала организации;
- использование индивидуальной карты мотиваторов потенциальных сотрудников при наборе кандидатов на должности;
- создание в организации системы предупреждения конфликтных ситуаций [4].

В качестве моральных стимулов в медицинских организациях могут быть применены:

1. стимулирование свободного времени. То есть по итогам работы каждого работника за определенный период могут быть предоставлены по желанию отгулы, дополнительные выходные;
2. трудовое стимулирование: предоставление возможности продвижения по службе, повышение роли сотрудников в участии управлением организацией;
3. предоставление возможности хорошо проявившим себя по результатам работы сотрудникам, возможности дополнительного обучения, повышения квалификации;
4. предоставление качественного медицинского обслуживания, путевок в дома отдыха, налаживание работы в культурной сфере (проведение вечеров, концертов) [5].

Деньги являются достаточно сильным мотиватором только в том случае, если работник считает оплату своего труда справедливой и видит связь между результатами своей работы и оплатой труда [6].

Выводы. Таким образом, было выявлено, что одним из условий эффективной мотивации персонала является характер межличностных отношений в коллективе. Благоприятный климат в коллективе, демократический стиль в управлении, не только положительно влияют на настрой сотрудников, но и повышают производительность труда. Следует подчеркнуть, что ключевым звеном мотивации персонала, является достойная оплата труда и трудовое стимулирование.

Список литературы

1. Адашев, А. У. Мотивация персонала как функция менеджмента / А. У. Адашев, Х. О. Арслонов // *Мировая наука*. – 2019. – № 1 (22). – С. 34–37.
2. Аргашокова, О. И. Проблемы управления мотивацией персонала / О. И. Аргашокова // *Социально-гуманитарные технологии*. – 2020. – № 4 (16). – С. 23–31.
3. Армстронг, М. Практика управления человеческими ресурсами Майкл Армстронг, Стивен Тейлор. – 14-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, Прогресс книга, 2018. – 1038 с.
4. Афанасьева, В. С. Эффективные методы мотивации персонала / В. С. Афанасьева // *Аллея науки*. – 2020. – Т. 2. – № 12 (51). – С. 456–458.
5. Базаров, Т. Ю. Психология управления персоналом : учебник и практикум для вузов / Т. Ю. Базаров. – Москва : Издательство Юрайт, 2020. – 381 с.
6. Балаев, В. А. Мотивация персонала. Современные подходы в мотивации персонала / В. А. Балаев, В. С. Гридчин, Н. А. Чаплыгин // *Молодой исследователь: вызовы и перспективы : Сборник статей по материалам CLX международной научно-практической конференции, Москва, 06 апреля 2020 года*. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Интерна-ука», 2020. – С. 267–271.

УДК 331.104.2

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Дербенцева Ксения Сергеевна

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

Введение. С точки зрения науки, конфликты представляют собой неизбежное явление общественной жизни, которое вытекает из свойств человеческой природы. Как показывает огромное количество практических наблюдений, именно от индивидуально-психологических особенностей членов коллектива зависит предрасположенность к возникновению конфликтных ситуаций среди разных категорий сотрудников.

В связи с тем, что организация состоит из определенного количества сотрудников, взаимодействующих между собой, конфликтные ситуации, в любом случае, являются неотъемлемыми элементами трудовой деятельности. Вследствие этого для актуального и предельно полного отображения эффективности организационной жизнедеятельности, прежде всего, важно понимать, что подразумевает под собой, собственно, конфликт, как его можно избежать и урегулировать при минимальных издержках.

Несмотря на наличие глубоких и обстоятельных научных трудов в области конфликтологии и изучении конфликтных ситуаций в организациях необходимо отметить, что в отечественной управленческой науке пока не выработано единого подхода к управлению конфликтами в лечебно-профилактических учреждениях. Это и составило актуальность данного исследования.

Цели и задачи. Рассмотрение аспектов управления конфликтами в медицинской организации.

Материалы и методы. Теоретической и методической основой исследования явились труды отечественных и зарубежных авторов в области управления конфликтами в организации. Проведенные исследования базируются на абстрактно-логическом методе, системном анализе, методах сравнения, сопоставления и синтеза информации.

Результаты и обсуждение. В медицине, в отличие от других социальных институтов, у конфликтов есть серьезные причины. В процессе реформирования российского здравоохранения социальные условия взаимодействия всех субъектов медицинской практики, трансформация социального статуса медицинских работников и особенности реакций на это изменение, условия труда специалистов, специфика взаимоотношений внутри самой общности медицинских работников порождают противоречия в медицинской среде, явно усиливающиеся впоследствии в ситуациях конфликтного противодействия [1]. Конфликтные ситуации в медицинской среде зачастую захватывают всю систему социальных взаимодействий: межличностных и межгрупповых отношений медицинских работников, пациентов и их родственников, вскрывает мотивационные соотношения, детерминируя эмоциональную включенность участников конфликта в процесс его развития и движения.

Наличие конфликтных ситуаций в медицинских организациях явление достаточно распространенное. Как показывают многочисленные исследования, основными причинами возникновения конфликтных ситуаций являются несправедливая оплата труда, в частности, несправедливое распределение привилегий, неправильная организация работы и высокие амбиции некоторых работников; различия в ценностях и представлениях сотрудников; социально-психологическая напряженность в коллективе; личностные особенности сотрудников, влияющие на конфликт [2]. Данные причины указывают на необходимость целенаправленной работы по предотвращению и управлению конфликтными ситуациями. В связи с этим, разрабатывается конкретный комплекс занятий, направленный на повышение уровня эмоциональной устойчивости медперсонала к воздействию различных напряженных факторов, устранения патологических стереотипов реагирования, саморегуляция, принятие себя и других [3].

Для повышения результата деятельности по предупреждению и управлению конфликтными ситуациями целесообразно использовать в практической работе тренинги, упражнения, приемы саморегуляции и релаксации. Благодаря подобным техникам, процесс управления конфликтами будет более эффективным при изменении микроклимата в коллективе.

Выводы. Таким образом, в силу противоречивой природы человека, конфликты всегда будут оставаться значимой проблемой любого рабочего коллектива. Изучая и анализируя причины спорных моментов, можно минимизировать влияние конфликтных ситуаций, которые явно отражаются на эффективности всего рабочего процесса.

Список литературы

1. Конфликтология: управление конфликтами: Management of the conflicts: учебник для вузов / Ю.Ф. Лукин. – М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2017. – 799 с.
2. Плотников, В. В. Социальная напряженность: факторы возникновения и актуализации / В. В. Плотников, А. Р. Каспаров; Краснодарский ун-т МВД России. – Майкоп: Изд-во АдГУ, Вестник АдГУ. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология, 2020, № 1 (254). – С. 118–125.
3. Расторгуева, Т. И. Эмоциональная безопасность профессиональной деятельности медицинских работников / Т. И. Расторгуева, О. Б. Карпова; Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. – Москва: Изд-во Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко, 2019, № 2. – С. 69–83.

УДК 339.138

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИЯМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Гамидова Диана Гамидовна

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

Введение. В настоящее время, в условиях сокращения импорта и ввода новых санкций развитие и управление инновационной деятельностью в медицинской организации в целом, и на фармацевтическом предприятии, в частности, становится одним из главных факторов повышения конкурентоспособности, а также укрепления позиций на рынке.

Однако, для современных аптечных сетей значительным препятствием на пути к разработке и внедрению инновационных продуктов является очень долгий период разработки инноваций, специфика инноваций в медицине, высокие риски, низкий спрос на многие инновационные продукты (в связи с невысоким качеством жизни населения), сложившееся доверие потребителей и медицинских сотрудников зарубежным аналогам. Следовательно, вопрос изучения управления инновациями в медицинской организации является очень важным и актуальным на данном этапе.

Цели и задачи. Изучение особенностей системы управления инновациями в медицинской организации.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование системного подхода в обобщении материала.

Результаты и обсуждение. Инновационная деятельность в любой сфере имеет свои определенные особенности, не стало исключением и такая сфера деятельности, как здравоохранение. Медицинские организации нуждаются в развитой инфраструктуре, что включает в себя и качественную подготовку кадров, и высокотехнологичное оборудование, и существующие особенности внедрения инноваций в деятельность медицинских организаций.

Инновации в сфере здравоохранения направлены на повышение эффективности деятельности первичного звена, эффективное использование фондов, внедрение ресурсосберегающих технологий и развитие новых организационно-правовых форм медицинских организаций на фоне разработок научно обоснованных подходов к формированию стандартов ведения больных по различным видам медицинской помощи на всех уровнях ее оказания.

Особенности внедрения различных инноваций часто требуется не только на уровне медицинской организации, но и на уровне государства.

Еще одной значимой особенностью управления инновациями в медицинских организациях является то, что инвестиции в эту сферу являются высокорискованными.

Результатом управления инновациями в медицинской организации является развитие новых прогрессивных технологий, какие-либо научные достижения, разработка новых медицинских товаров, которые будут обладать рядом конкурентных преимуществ, новый процесс в медицинской отрасли и т. д.

В медицинских организациях побудительным механизмом к разработке инноваций является конкуренция на рынке. Поскольку медицинские организации вынуждены разрабатывать пути сокращения затрат на оказание медицинской услуги, а также стремятся к расширению доли рынка.

Можно охарактеризовать «инновационный процесс» как «процесс преобразования научного знания в инновацию». Для медицинских организаций можно выделить восемь стадий инновационного процесса. Рассмотрим их подробнее.

Первой стадией инновационного процесса является инициация инновации. На этой стадии осуществляется ряд работ по созданию инновации, различные научные изыскания. На следующей стадии проводится проектирование цикла инноваций. На третьей стадии – создаются опытные образцы технологий или новой продукции. Четвертая стадия характеризуется организацией производства разработанной инновации – массовое, серийное или мелкосерийное. На пятой стадии происходит процесс коммерциализации, т.е. разработанные и произведенные инновации медицинских технологий или продуктов подлежат реализации. На следующем этапе происходит процесс продвижения разработанных инноваций. Т.е. новые медицинские технологии начинают продвигаться среди партнеров (различных медицинских организаций) и обычного населения. На следующем этапе очень важно провести оценку эффективности разработанных инноваций, т.е. на данной стадии происходит оценка и мониторинг инноваций, для формирования мнения о существующей инновации и направлений ее совершенствования.

Особенностью инновационной деятельности в медицинских организациях является участие государства. Поскольку на выбор источника финансирования проекта зависит специфика инноваций, ее направленность, возможность окупаемости.

Сумма вложений в развитие инноваций в медицинской организации возрастают с переходом на каждую новую стадию, а риски инвестиций сокращаются.

Анализ литературных данных показал, что инновационные стратегии для медицинских организаций имеют большее значение, чем для компаний других отраслей и оцениваются как важнейший стратегический приоритет.

Выводы. Таким образом, исходя из всего вышеприведенного, можно выделить ключевые особенности инновационной деятельности в медицинских организациях. Инновационная деятельность в медицине подразумевает активное развитие государственно-частного партнерства. Также инновации в медицинской организации сопряжены с очень высоким риском, который снижается при переходе инновации на новую стадию. В целом эффективная инновационная деятельность в медицине посредством качественного улучшения показателей здоровья и комфорта жизни населения, увеличения продолжительности жизни, решения демографических проблем, позволяет странам быть успешными в общемировом масштабе и является одним из главных показателей в глобальном индексе конкурентоспособности.

Список литературы

1. Акинъшина, К. Н. Инновационная деятельность медицинской организации: состояние и перспективы развития / К. Н. Акинъшина, Н. В. Чвырева. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2021. – № 49 (391). – С. 311–313. – URL: <https://moluch.ru/archive/391/86259/> (дата обращения: 27.10.2022)
2. Князев, С. А. Виды инновационных барьеров при реализации инновационного потенциала предприятия / С. А. Князев // Инновации, качество и сервис в технике и технологиях : Сборник научных трудов 4-ой Международной научно-практической конференции: в 3-х томах, Курск, 04–05 июня 2014 года / Ответственный редактор: Горохов А. А.. Том 3. – Курск: Закрытое акционерное общество «Университетская книга», 2014. – С. 150–153.
3. Князев, С. А. Оценка инновационного потенциала предприятия / С. А. Князев // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3: Экономика. Экология. – 2010. – № 1(16). – С. 27–32.
4. Особенности выведения на рынок инновационного продукта медицинского назначения (на примере экзоскелета «ЭКЗАР») / А. А. Воробьев, Ф. А. Андрищенко, С. Ю. Соболева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2016. – № 4–3. – С. 568–572.
5. Шлафман, А. И. Инновационная деятельность предприятия и особенности конкуренции на кластерном уровне / А. И. Шлафман // Известия ИГЭА. – 2019. – № 1 (63). – С. 86–91.

УДК 338.2

РОЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кулиш Оксана Николаевна

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

Введение. В современном мире, когда от эффективности трудового производства зависит успех организации, «человеческий ресурс» как фактор имеет самое большое значение, особенно в учреждениях здравоохранения. Человеческий ресурс служит фактором создания конкурентной борьбы между организациями. Для успешной деятельности организации требуются высококвалифицированные специалисты.

Цели и задачи. Исследовать роль человеческого капитала в развитии здравоохранения.

Материалы и методы. В процессе исследования были использованы такие методы как анализ, синтез, описание и обобщение. Рассмотрены труды таких авторов, как Г. Бэккер, Дж. Минсер.

Результаты и обсуждение. Впервые термин «человеческий капитал» использовали в XX веке американский экономист Джейкоб Минсер и лауреат Нобелевской премии Теодор Шульц. Активно развивать концепцию человеческого капитала начал с 1964 г. Гэри Беккер. Он первый подробно обосновал важность вложений в человеческий капитал и сформулировал экономический подход к человеческому поведению [2, 3].

Человеческий капитал – это способности, знания, умения, навыки, интеллект и здоровье человека, которые применяются в производственных процессах, следовательно, и для получения дохода семьи и страны в целом [1].

Для учреждений здравоохранения, роль человеческого капитала очень велика. Для успешной работы предприятия необходимы специалисты с высоким уровнем квалификации. В условиях дефицита кадровых и финансовых ресурсов, руководство медицинских учреждений сталкивается со сложной задачей развития персонала. Как говорилось выше, человеческому капиталу необходимы вложения, тогда он будет давать необходимый результат.

Основой человеческого капитала медицинской организации является информация. Информация не движется сама по себе, поэтому необходимо наличие такой культуры ее предоставления, которая поощряет и вознаграждает распространение имеющихся данных. Чем выше качество человеческого капитала, тем конкурентоспособнее предприятие.

Выводы. Проанализировав вышесказанное можно сделать вывод, что человеческий капитал медицинской организации должен быть ориентирован на создание среды, которая включает организационные, технологические, мотивационные, информационные компоненты и обеспечивает деятельность медицинского персонала в соответствии с инновационными вызовами системе здравоохранения.

Список литературы

1. Жак Фиценс. Человеческий капитал: как измерить и увеличить его стоимость. Пер. с англ. Технологии корпоративного управления. 2018; (10): 5–6.
2. Беккер Г. Экономическая теория. Пер. с англ. 2020 г. – 360 с.
3. Шульц Т. Инвестиции в человеческий капитал. – Лондон. Пер. с англ. 2020 г. – 522 с.

УДК 65.012.7

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Осадчая Алена Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Современные условия жизни требуют фундаментального пересмотра всех процессов, лежащих в основе работы медицинских учреждений. Для этого необходимо создавать эффективную модель управления качеством и безопасностью медицинской деятельности путем внедрения методов управления на основе знания социологических и психологических аспектов поведения человека.

Знание социологических и психологических аспектов поведения человека необходимо руководителю учреждения, для создания и обеспечения комфортных условий работы сотрудников, с целью повышения удовлетворенности пациентов, доступности оказываемых услуг, а так же увеличению эффективности работы медицинского учреждения.

В какой бы организации здравоохранения ни работали, чем бы ни занимался будущий медицинский работник, он всегда будет включен в «корпоративный мир» и займет определенное место в системе управления. Необходимым условием его эффективной работы, а значит и успеха в жизни, является знание законов организации и управления процессами.

Тема моего доклада «Социологические и психологические аспекты управления в сфере здравоохранения» построена на стыке двух наук.

«Социология управления» как часть социологической науки рассматривает влияние организационной культуры, стилей и методов управления персоналом на процесс управления структуры учреждения.

«Психология управления» – ставит своей целью рассмотрение индивидуально-психологические процессов управления, рассматриваются психологические аспекты взаимодействий в сфере управления, связанные с лидерством, руководством, групповым взаимодействием.

Цель доклада заключается в рассмотрении основных представлений о социально психологических закономерностях управленческой деятельности в учреждениях здравоохранения.

Ученые выделяют пять социально-психологических компонентов для эффективной модели управления:

1. Вдохновляющее лидерство.

2. Развитая корпоративная культура.
3. Акцент на вопросах развития талантов.
4. Сильное чувство ответственности.
5. Наличие и исполнение HR-политик и процедур, соответствующих целям компании.

Рассмотрим подробнее каждый компонент.

1. Вдохновляющее лидерство.

Успех деятельности любой организации напрямую связан с характером руководства, отношениями, которые складываются между руководителями и подчиненными. Одной из важных проблем в психологии управления является проблема руководства и лидерства. Эти понятия далеко не тождественны. Знание различий между руководством и лидерством помогает руководителю на практике правильно построить свое управленческое поведение.

Важным фактором в достижении результатов эффективного управления выступает не только знание и владение приемами менеджмента, но и наличие особых личностных качеств, составляющих психологический портрет руководителя. Исследования ученых показывают, что черты личности руководителя представлены многообразием следующих личностных характеристик:

- доминантность, как стремление влиять на сотрудников; уверенность в себе, дающая подчиненным основу для чувства стабильности, а другим руководителям – основу для делового сотрудничества; эмоциональная уравновешенность, контроль своих эмоциональных проявлений; стрессоустойчивость; креативность, и так далее;

2. Развитая корпоративная культура.

Сильная корпоративная культура является мощным инструментом в стратегии управления, позволяющий ориентировать все подразделения и работников на общие цели.

3. Акцент на вопросах развития талантов.

Задача организации сфокусироваться на привлечение и раскрытие талантов сотрудников, необходимых для достижения целей и задач учреждения.

4. Сильное чувство ответственности.

Важно к сотрудникам относиться как к здравомыслящим взрослым людям, которые заслуживают уважения и признания своего вклада, чьи успехи и неудачи играют важную роль для организации. Для сотрудников необходимы признание, и вера в то, что их усилия и старания будут оценены руководством учреждения.

Основной упор в организации должен делаться на создании внутри коллектива такого климата, чтобы каждый сотрудник ощущал себя полноценным элементом системы, где результат работы предприятия является заслугой не одного большого коллектива, а каждого работника в отдельности.

5. Наличие и исполнение HR-политик и процедур, соответствующих целям учреждения.

В учреждениях необходимо разработать Положение о мотивации персонала с учетом мотивационного типа и возраст сотрудников, внедрить инструменты обратной связи, разработать корпоративные стандарты.

Выводы. Используя социологические и психологические подходы в управления можно добиться не только своевременного и качественного выполнения подчиненными своей работы, но и получать от них предложения по улучшению процессов труда в виде обратной связи.

Список литературы

1. Андреева, Г. М. Социальная психология [Текст]: учебник / Г. М. Андреева. – М.: Изд-во МГУ, 2014. – 376 с.
2. Анцупов, А. Я. Конфликтология [Текст]: учебник для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – М.: ЮНИТИ, 2012. – 284 с.
3. Бабосов, Е. М. Прикладная социология [Текст]: учеб. пособие / Е. М. Бабосов. – Мн.: ТетраСистемс, 2012. – 165 с.
4. Башмаков, В. И. Социология труда [Текст]: учеб. пособие / В. И. Башмаков. – М.: ГУУ, 2009. – 159 с.

5. Барышников, Ю. Н. Модели управления [Текст]: монография / Ю. Н. Барышников. – М., 2004. – 132 с.
6. Беляцкий, Н. П. Менеджмент персонала 2000 [Текст]: учеб пособие / Н. П. Беляцкий, С. Е. Велеско, П. Ройш. – Мн. : БГЭУ, 2015. – 251 с.
7. Адамчук, В. В. Экономика и социология труда [Текст]: учебник для вузов / В. В. Адамчук, О. В. Ромашов, М. Е. Сорокина. – М. : ЮНИТИ, 2015. – 354 с.

УДК 614.2

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вавилина Алина Петровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. В современной теории и практике менеджмента исследования корпоративной культуры организаций не относятся к приоритетным, однако их число постепенно увеличивается, расширяется и сфера применения. В последнее десятилетие, судя по обилию научных публикаций, растет количество исследований организационной культуры (ОК) в здравоохранении, расширяется спектр методических подходов к ее диагностике и применению полученных результатов в практике управления медицинскими учреждениями разного типа.

Цели и задачи. Цель работы – проанализировать исследования организационной культуры в медицинских учреждениях, отраженные в научных публикациях последних лет. Задачи – выявить методы диагностики ОК, которые используются чаще всего, особенности их применения и аналитические возможности, пути использования результатов в тактике и стратегии управления и развития коллективов медицинских организаций.

Материалы и методы. Методологической основой решения поставленных задач послужило использование качественного анализа материалов научных статей по изучению ОК в отечественных учреждениях здравоохранения, которые были опубликованы в научных журналах РФ за последние 10 лет.

Результаты и обсуждение. Среди факторов, влияющих на деятельность, управление и развитие организаций, важное место принадлежит организационной культуре. Это мнение, общепризнанное в бизнесе и менеджменте, все чаще находит подтверждение и в управлении персоналом медицинских организаций.

Понимание организационной культуры как сложной совокупности убеждений, ценностей, установок и норм поведения членов организации, которые формируют стиль и результаты их совместной работы [3, 4], является базой для выбора методик.

В основе анализа в большинстве исследований лежит подход Э. Шейна, который акцентирует внимание на многогранности ОК, выделяя три ее основных уровня- глубинный, внутренний и поверхностный [9]. Для более детальной характеристики существующей и желательной организационной культуры чаще всего применяется методика Е. Камерона и Р. Куина, основанная на выделении четырех основных типов ОК – клановой, адхократической, иерархической и рыночной. Предложенный ими опросник OCAI, основанный на концепции конкурирующих ценностей [CVF], позволяет определить, какие типы культуры представлены в организации и какой из них преобладает [5]. Он широко используется в самых разных организациях, создан специальный ресурс (<https://www.ocai-online.com>), которым можно пользоваться для применения методики [7].

Оценивая возможности применения такой методики, специалисты, ее использующие, отмечают целый ряд преимуществ. Так, В. В. Хмелевская считает, что эта методика наиболее удобна

для идентификации ОК сотрудников и позволяет с помощью графических построений получить профиль ОК больницы, важный для дальнейшего анализа [8].

Специалисты также отмечают, что при использовании этой методики можно при некоторой корректировке базового опросника за «один подход» получить оценки ОК на момент исследования и предпочтения относительно желаемого состояния ОК, Оценка текущего состояния ОК и тех направлений, где по мнению участников желательны изменения, важна в первую очередь для руководителей лечебных учреждений.

На исследовательские возможности использования методики ОСАИ с учетом специфики лечебных учреждений («закрытость» коллективов для исследователей «со стороны», особенности стиля руководства, развитые традиции и понимание важности социальной роли медицины в обществе и т. д.) обращает внимание Н. Н. Проскурякова [6].

Важно и то, что благодаря универсальности и распространенности методики ОСАИ можно проводить сравнительные исследования по различным медицинским учреждениям (например, разных отделениях больницы или разных лечебных учреждений города) для выработки общей стратегии развития персонала и организаций в целом [4].

В некоторых работах для анализа ОК была использована методика, разработанная Т. Ю. Базаровым на основе своей типологии ОК, включающей органический, предпринимательский, бюрократический и партисипативный типы. Опросник Т. Ю. Базарова содержит значительно большее количество вопросов в основной анкете, но, по мнению социологов, возможно, более точно учитывает специфику особых организаций, какими являются медицинские коллективы.

Не найдены ни одно исследование ОК, где был бы выделен и учитывался гендерный фактор, важный для медицинских учреждений с их выраженным социальным разделением ролей между полами. Учесть это явление можно, используя типологию ОК Гирта Хофстеда, который включал в свои четыре измерения организационной культуры критерий «мужественности-женственности» и выделял особенности каждой из этих культур.

В ряде работ методы диагностики ОК использовались как часть исследований системы мотивации персонала, проблем профессионального выгорания медработников [1], для выявления специфики стилей управления и развития управленческих компетенций руководителей медицинских организаций.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что использование различных методов и подходов для анализа и оценки организационной культуры медицинских организаций открывает широкие возможности для модернизации и развития, повышения в целом организационной эффективности учреждений здравоохранения, внедрения в практику работы руководителей медицинских организаций приемов по регулярной оценке организационной культуры.

Список литературы

1. Анчукова Н. И. Организационная культура учреждения как фактор профессионального выгорания персонала. // Мир педагогики и психологии. – 2018. – № 11 (28). – С. 15–22.
2. Базаров Т.Ю. Управление персоналом. – М.: Академия, 2008.
3. Виханский О. С. Менеджмент / О. С. Виханский, А. И. Наумов. – М.: Гардарики, 2015. – 151 с.
4. Зайцева Н. В. Анализ организационной культуры как фактор повышения эффективности стратегии управления медицинской организацией. // Социология медицины. – 2013. № 12.
5. Камерон К., Куин Р. Диагностика и изменение организационной культуры. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
6. Проскурнина Н. Н. К вопросу о формировании организационной культуры медицинских учреждений. // Современные вопросы биомедицины. – 2018. – Т. 2 (1). – С. 43–51.
7. Сурмач М. Ю., Бойко С. Л. Организационная культура и социальная ответственность в здравоохранении: проблемы определения и методы изучения. – Журнал Белорусского государственного университета. Социология. – 2019. – № 3. – С. 84–95.

8. Хмелевская В. В. Особенности организационной культуры сестринского коллектива. // Медицинская сестра. 2012. – № 7.
9. Шейн Э. Х. Организационная культура и лидерство. – Спб. Питер. 2002.

УДК 65.012.7

КОУЧИНГ КАК МЕТОД ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Озацкая Татьяна Олеговна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н, доцент Кудряшова Инна Владимировна

Введение. Эффективность управления медицинской организацией в современных условиях тесно связана с личностью руководителя, его профессиональной компетентностью, возможностью совершенствования квалификации с использованием современных активных технологий и методов обучения. Одной из самых эффективных технологий, объединяющей в себе различные методики и техники, признан коучинг, как важный инструмент влияния на результаты деятельности отдельных людей и организации в целом. Он раскрывает потенциал человеческой личности в виде совокупности качеств конкретного индивида, помогает достичь максимальной эффективности в процессе обучения и профессиональной деятельности [1].

Цели и задачи. Изучение и оценка мотивационно-психологической готовности руководителей медицинских организаций к внедрению и использованию инструментов и подходов, направленных на профессиональное развитие и совершенствование профессиональной деятельности в условиях модернизации системы здравоохранения. На основе апробированных методов исследования, международного опыта обоснована целесообразность использования коучинга как технологии обучения на циклах повышения квалификации, обеспечивающей формирование и развитие ценностных личностных качеств и профессиональных компетенций руководителей медицинских организаций.

Материалы и ресурсы. Для сбора данных использованы методы: системный подход, контент-анализ, сравнительный анализ, метод экспертных оценок, метод статистической обработки информации.

Результаты и обсуждение. Коучинг – относительно новое явление для российской практики, несмотря на активное использование метода в странах Европы и Америки на протяжении длительного времени. Рассмотрены и предложены подходы для внедрения современных технологий обучения, направленных на профессиональное развитие управленческих кадров здравоохранения и повышение эффективности деятельности медицинских организаций.

Коучинг – это дополнительный ресурс организации, в которой каждый сотрудник является уникальной творческой личностью, способной самостоятельно решать многие задачи, проявлять инициативу, делать выбор, брать на себя ответственность и принимать решения. Чаще всего в описании областей использования коучинга выделяют несколько подходов:

- поведенческий подход: формирование психологических установок и поведения человека в той или иной ситуации, направленных на улучшение коммуникативных навыков и предотвращение конфликтов;
- тактический подход: стимулирование труда, формирование собственной мотивации и мотивации работников, направленные на повышение качества и эффективности трудовой деятельности;
- личностный подход: формирование подходов, направленных на развитие человеческих ресурсов, развитие потенциала личности отдельного работника и всего коллектива, максимальное раскрытие и эффективную реализацию человеческого потенциала;

• когнитивный подход: формирование ценностных ориентиров деятельности руководителя и организации, помогающих более ответственно относиться к своей работе, принимать более эффективные решения, творчески подходить к поиску путей решения задач, развивать креативные способности в достижении корпоративных задач.

Опыт зарубежных стран в области коучинга показывает, что во многих организациях все чаще используется многомерный подход, позволяющий обеспечить синхронизацию подходов к обучению с потребностями личности работника, требованиями общества и организации. Коучинг направлен на поиск путей повышения эффективности образовательного процесса. Деятельность коуча имеет свои специфические особенности, включающие определение целей обучения, системно-структурный анализ образовательного процесса, формирование мотивации, поиск наиболее оптимальных активных методов обучения [2].

Выводы. Руководители медицинских организаций имеют высокий уровень мотивационно-психологической готовности к профессиональному развитию, повышению эффективности профессиональной деятельности, достижению целей и успешности деятельности медицинских организаций в современных условиях. Коучинг является одним из эффективных инструментов, объединяющим в себе различные методики и техники, влияющим на результаты деятельности отдельных людей и организации в целом. Коучинг в образовательной деятельности базируется на междисциплинарных научно-практических достижениях, комплексе эффективных образовательных методологий, техник и подходов, которые могут активно использоваться в образовательном процессе для формирования универсальных и профессиональных управленческих компетенций в рамках компетентного подхода.

Список литературы

1. Лебедева А. В. Анализ российского и зарубежного опыта коучинга руководителей [Электронный ресурс] // Личность: ресурсы и потенциал. – 2019. – № 2: <http://foir.hspa.ganepa.ru/index.php/news/item/1996.html> (дата обращения: 26.10.2022).
2. Пасечник И. Н. Коучинг в деятельности руководителя медицинской организации [Электронный ресурс] // Заместитель главного врача. – 2016. – № 3: <https://e.zamglvracha.ru/445720> (дата обращения: 26.10.2022)

УДК 331.108

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПОДБОРА И ОТБОРА ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Никитина Юлия Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н., доцент Беликова Екатерина Владимировна

Введение. Особенности системы подбора и отбора персонала в медицинской организации – является одной из наиболее важных сфер в жизни любой организации, и повысить ее эффективность практически и многократно. Любой системе управления, отдел кадров обеспечивает непрерывное метод совершенствование работы с персоналом, и при этом использование большого опыта зарубежной науки и лучшей работы в организации. Исследования в области управления кадрами, в течение длительного времени осуществлялось отдельно, так как эти процессы происходили в конкретных науках: экономики, психологии, социологии и других наук.

Определенная тема, что на сегодняшний день и особенности системы отбора и подбора персонала, является очень важным моментом любой организации её изучение изнутри, на сколько правильно, целесообразно будет выбран персонал зависит развитие и судьба организации в будущем. Поэтому проблема создание совершенной системы подбора и отбора персонала, именно

в медицинской организации, (где ошибок в принципе не должно быть), становится актуальной, и требует тщательного детального рассмотрения и изучения.

Цель и задачи. Выделить особенности развития отбора и подбора персонала в медицинской организации. Для достижения этой цели необходимо решить следующие задачи:

- рассмотреть теоретические основы системы подбора и отбора персонала.
- выделить особенности функционирования системы отбора и подбора персонала в медицинской организации.

Материалы и методы. Методологические принципы положены в теоретические работы, в области управления персоналом.

Результаты и обсуждение. На основе теоретического анализа, сделаны выводы о важности подсистемы управления персоналом. В совершенствование системы отбора и подбора персонала, занимает главную роль. От того как правильно и профессионально выбрать данного кандидата, зависит дальнейшая работа и репутация организации. Хорошо «выделили различия между понятиями – найм – отбор – подбор персонала». Результате подбора персонала зависит от некоторых критериев, которыми необходимо владеть многими современными технологиями, а именно такими как: методиками, интервьюирования, собеседования.

Главной составляющей, обеспечивающей успех в работе организации здравоохранения, непосредственно является деятельность его специалистов. Например, если имеются специалисты такие как узкие («дорогие» – специалисты) – это нейрохирурги, эндокринологи, кардиохирурги и так далее с высоким рейтингом успешных работ и навыков, то тогда действительно организация здравоохранения будет всегда на высоте. Исходя из этого, современная концепция управления в организации рассчитывает на разделение огромных чисел оперативных сфер кадровой части, а именно правильный подбор и отбор персонала для организации.

Особенность системы отбора персонала должна быть запланирована таким образом, чтобы постоянно добиваться увеличения в составе рабочей силы предприятия тех людей, которые обладают уникальными знаниями, навыками, деловыми и личностными качествами, и следить за тем, чтобы таких работников становилось все больше и больше в каждом отделении.

На современном этапе большинство руководителей организации, при отборе и подборе персонала, продолжают пользоваться рекомендациями, собственными интуициями, что в последующем приводит к разочарованиям и пониманию того, что отобранный персонал не способен к выполнению поставленных перед ними задач, и не имеет к этому никакого желания.

Выводы. Система отбора и подбора персонала в организации здравоохранения, применяется в несколько этапов и включает в себя три части: наем – набор – отбор.

Нужно учитывать большое количество факторов при создании системы отбора, которые влияют на процесс его функционирования, таких как:

- 1) Местоположение организации;
- 2) Конкретная специфика;
- 3) Законодательное ограничение и возможности;
- 4) Ситуация на рынке труда.

Список литературы

1. Российская Федерация. Законы. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197–ФЗ (ред. от 05.02.2018) / [Электронный ресурс]
2. Барчан Н. Н. Эффективность набора и подбора персонала: системный аспект / Н. Н. Барчан // Образовательная среда сегодня и завтра. Сборник научных трудов X Всероссийской научно-практической конференции под общей редакцией Г. Г. Бубнова, Е. В. Плужника, В. И. Солдаткина. М., 2015. С. 177–180.
3. Куанышпаева А. К. Совершенствование методов отбора персонала в организации / А. К. Куанышпаева // Молодежь и наука. 2017. № 4.1. С. 75.

4. Чернов А. В., Зарубина, Е. В. Совершенствование методов отбора персонала / А. В. Чернов, Е. В. Зарубина // Молодежь и наука. 2017. № 6. С. 50.
5. Шмерко Л. С. Внедрение инструментов для отбора персонала в организации / Л. С. Шмерко // Молодежь и наука. 2017. № 4.1. С. 84.

УДК 614.2(470-25):377/378.046.4

РОЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Юсупов Хакимджон Абдулхалимович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Кукина Е. Н.

Введение. Человеческий капитал является главной ценностью современного общества, а также одним из основополагающих факторов экономического роста. В этой связи исследование вопросов, связанных с формированием и развитием человеческого капитала, его влиянием на экономический рост приобретает особую актуальность.

Цели и задачи. Изучение и анализ роли человеческого капитала в медицинской организации.

Материалы и методы. В процессе исследования были рассмотрены труды советских и зарубежных ученых экономистов, которые в своих работах исследовали человеческий капитал. В трудах американского экономиста, лауреата Нобелевской премии Теодора Шульца можно ознакомиться с понятийным аппаратом концепции «человеческого капитала» [3].

Гэри Бэкер в «Экономической теории» активно развивает концепцию человеческого капитала [1]. Рассматривается важность вложений в человеческий капитал и экономический подход к человеческому поведению.

М. М. Критский определил человеческий капитал, как конкретную форму человеческой жизнедеятельности, ассимилирующую две формы: потребительскую и производственную [2].

Результаты и обсуждение. Человеческий капитал – это знания, творческий и интеллектуальный потенциал, личные качества, моральные ценности, умения и навыки, лидерство, культура труда [3]. В современном мире медицинские организации реализуют не только товары и услуги, но и знания, инновации. Это значит, что человеческий капитал становится основным преимуществом предприятия.

Человеческий капитал в здравоохранении можно рассмотреть на уровне одного учреждения. Структуру человеческого капитала медицинской организации представляют в виде знаний и умений. Но стоит учитывать, что персонал может увольняться, а значит забрать с собой некоторый объем капитала. Организации нужно регулярно решать вопрос совершенствования человеческого капитала, посредством различных инструментов.

Нельзя отрицать, что успех любой организации, в том числе и медицинской, зависит от людей, которые в ней работают. Деятельность медицинской организации можно представить через процесс. Такой подход к управлению называется процессным. В настоящее время в организациях более развиты вертикальные связи, есть главный человек, контролирующий деятельность и управляющий процессами. Используя процессный подход в концепции «человеческого капитала», мы предполагаем, развивать горизонтальные связи и тесную работу между различными функциональными звеньями. Тогда сотрудник будет отвечать за общий вклад в дело и достижение целей. Благодаря развитию человеческого капитала происходит повышение эффективности деятельности всей медицинской организации. Величина человеческого капитала – это сумма всех ожидаемых доходов от труда на данный момент. Медицинское учреждение должно постоянно адаптироваться к изменяющемуся окружению, работа должна организовываться, так чтобы отслеживать изменения во внешнем мире.

Выводы. Организация процесса подбора человеческого капитала должна полностью соответствовать целям развития медицинской организации и существующему законодательству о труде, учитывать бюджет и ответственность при приеме на работу.

Список литературы

1. Беккер Г. Экономическая теория. – Н, 1971. – 360 с.
2. Критский М. М. Человеческий капитал. – Ленинград: Изд-во Ленингр. унта, 1991. – ISBN 5-288-00703-9:2.40. – 117 с.
3. Шульц Т. Инвестиции в человеческий капитал. – Лондон, 1971. – 522 с.

СЕКЦИЯ 9

ПАНДЕМИЯ COVID-19: МЕДИЦИНСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

УДК 616.98:578.834.1SARS-CoV-2-085-06:615.035.2

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА БАРИЦИТИНИБ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19

к. м. н., доцент Алексейчик Дмитрий Сергеевич,
к. м. н., доцент Алексейчик Сергей Евгеньевич, Тимощенко Виктор Александрович
Республика Беларусь, г. Минск, Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Актуальным для современной клинической практики является поиск результативных методов лечения пациентов с новой короновирусной инфекцией. Несмотря на имеющиеся достижения отечественного здравоохранения в лечении COVID-19, остается ряд вопросов в части выбора препаратов лекарственной терапии для пациентов с COVID-19. Назначение препарата барицитиниб в таблетках может рассматриваться в качестве дополнительной терапии (рекомендуемая доза: 4 мг один раз в сутки в течение 7–14 дней) в сочетании с противовирусной терапией для лечения тяжелых форм COVID-19 [1, 2].

Цель. Изучить влияние препарата барицитиниб на течение тяжелой формы COVID-19.

Задачи:

1. Изучить и сравнить данные лабораторных методов исследования у пациентов в представленных группах.
2. Выявить статистически значимые различия в данных лабораторных методов исследования в выделенных группах.
3. Сравнить кумулятивный риск и функции дожития в двух группах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 36 медицинских карт стационарных пациентов УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск, находившихся на лечении в пульмонологическом инфекционном отделении в период с ноября 2021 по март 2022 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: 19 пациентов, получавших стандартную терапию, 17 пациентов, получавших барицитиниб. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS Statistics.

Выделенные группы пациентов были сопоставимы по тяжести течения COVID-19, полу, заболеваемости сахарным диабетом, уровню С-реактивного белка, ферритина, Д-димеров в крови. Конечными точками исследования явились: количество койко-дней, проведенных в стационаре, процент летальности, развитие бактериальной суперинфекции, изменения в общем и биохимическом анализе крови после приема препарата.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 53,0 [44,0–68,0], и 69,0 [64,0–81,5] лет соответственно, $p < 0,05$. Преобладали пациенты женского пола (70,6 % и 57,9 %, соответственно, $p > 0,05$). У пациентов, получавших барицитиниб, отмечалось меньшее количество койко-дней (21,0 [16,0–25,0] и 11,0 [8,5–13,5] соответственно, $p < 0,05$), однако при этом фиксировался больший процент летальности (10,5% [2] и 35,3% [6] соответственно, $p < 0,05$). Также для группы пациентов, получавших барицитиниб, было характерно более частое развитие бактериальной суперинфекции (15,8 % [3] и 23,5 % [4] соответственно, $p < 0,05$).

В группе пациентов, получавших барицитиниб на момент госпитализации, была выявлена лимфоцитопения (30,00 [27,00–36,00] и 18,71 [12,50–32,00] соответственно, $p < 0,05$), моноцитопения

(9,00 [7,00–10,00] и 7,00 [5,00–9,5] соответственно, $p < 0,05$), более высокие значения ЛДГ (202,75 [175,93–226,90] и 287,10 [251,30–390,73] соответственно, $p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Лабораторные данные представленных групп

Показатель	Без барицитиниба n=19	С барицитинибом n=17	Достоверность различий
Лейкоциты, клеток/мл Me [25–75 %]	7,03 [6,06–8,62]	7,63 [6,42–10,81]	$p_{1 и 2} > 0,05$
Тромбоциты, клеток/мл Me [25–75 %]	276,10 [180,10–311,00]	264,10 [205,30–340,05]	$p_{1 и 2} > 0,05$
СОЭ, мм/час, Me [25–75 %]	32,00 [24,00–38,00]	27,50 [15,25–34,50]	$p_{1 и 2} > 0,05$
Палочкоядерные, % Me [25–75 %]	5,00 [4,00–6,00]	5,00 [4,25–7,75]	$p_{1 и 2} > 0,05$
Лимфоциты, % Me [25–75 %]	30,00 [27,00–36,00]	18,71 [12,50–32,00]	$p_{1 и 2} < 0,05$
Моноциты, % Me [25–75 %]	9,00 [7,00–10,00]	7,00 [5,00–9,5]	$p_{1 и 2} < 0,05$
Мочевина, Me [25–75 %]	6,30 [5,40–7,80]	8,30 [7,00–11,20]	$p_{1 и 2} < 0,05$
Креатинин, Me [25–75 %]	78,50 [67,90–90,70]	83,85 [64,73–97,75]	$p_{1 и 2} > 0,05$
ЛДГ, Me [25–75 %]	202,75 [175,93–226,90]	287,10 [251,30–390,73]	$p_{1 и 2} < 0,05$
CRP, Me [25–75 %]	61,20 [34,25–130,3]	54,80 [34,50–85,20]	$p_{1 и 2} > 0,05$
Ферритин Me [25–75 %]	430,00 [323,50–543,20]	493,60 [315,70–685,40]	$p_{1 и 2} > 0,05$
Д-Димеры Me [25–75 %]	548,10 [273,00–675,70]	340,52 [203,48–734,43]	$p_{1 и 2} > 0,05$
МНО Me [25–75 %]	1,1 [1,01–1,18]	1,22 [1,10–1,36]	$p_{1 и 2} < 0,05$

Также в группе пациентов, получавших барицитиниб, отмечался подъем уровня лейкоцитов (6,75 [4,9–8,94] и 7,63 [6,42–10,81] соответственно, $p < 0,05$), тромбоцитов (147,70 [121,50–210,50] и 264,10 [205,30–340,05] соответственно, $p < 0,05$), калия (4,20 [3,70–4,65] и 4,60 [4,33–5,30] соответственно, $p < 0,05$) в крови после начала получения препарата.

При построении модели кривой дожития в представленных группах по методу Каплана-Мейера, было определено, что различия в потенциальном риске смертности в обеих группах статистически достоверны по трем факторам сравнения (Log Rank (Mantel-Cox) $\chi^2=5,685$, $p=0,017$), (Breslow (Generalized Wilcoxon) $\chi^2=6,064$, $p=0,014$), (Tarone-Ware $\chi^2=5,924$, $p=0,015$) (табл. 2).

Таблица 2

Достоверность различий частоты смертности в двух группах

Факторы сравнения	χ^2	Ст. Св.	Достоверность различий, p
Log Rank (Mantel-Cox)	5,685	1	$P=0,017$
Breslow (Generalized Wilcoxon)	6,064	1	$P=0,014$
Tarone-Ware	5,924	1	$P=0,015$

Кумулятивный риск (рис. 1) при приеме барицитиниба значительно возрастает, кумулятивное дожитие же при этом значительно снижается.

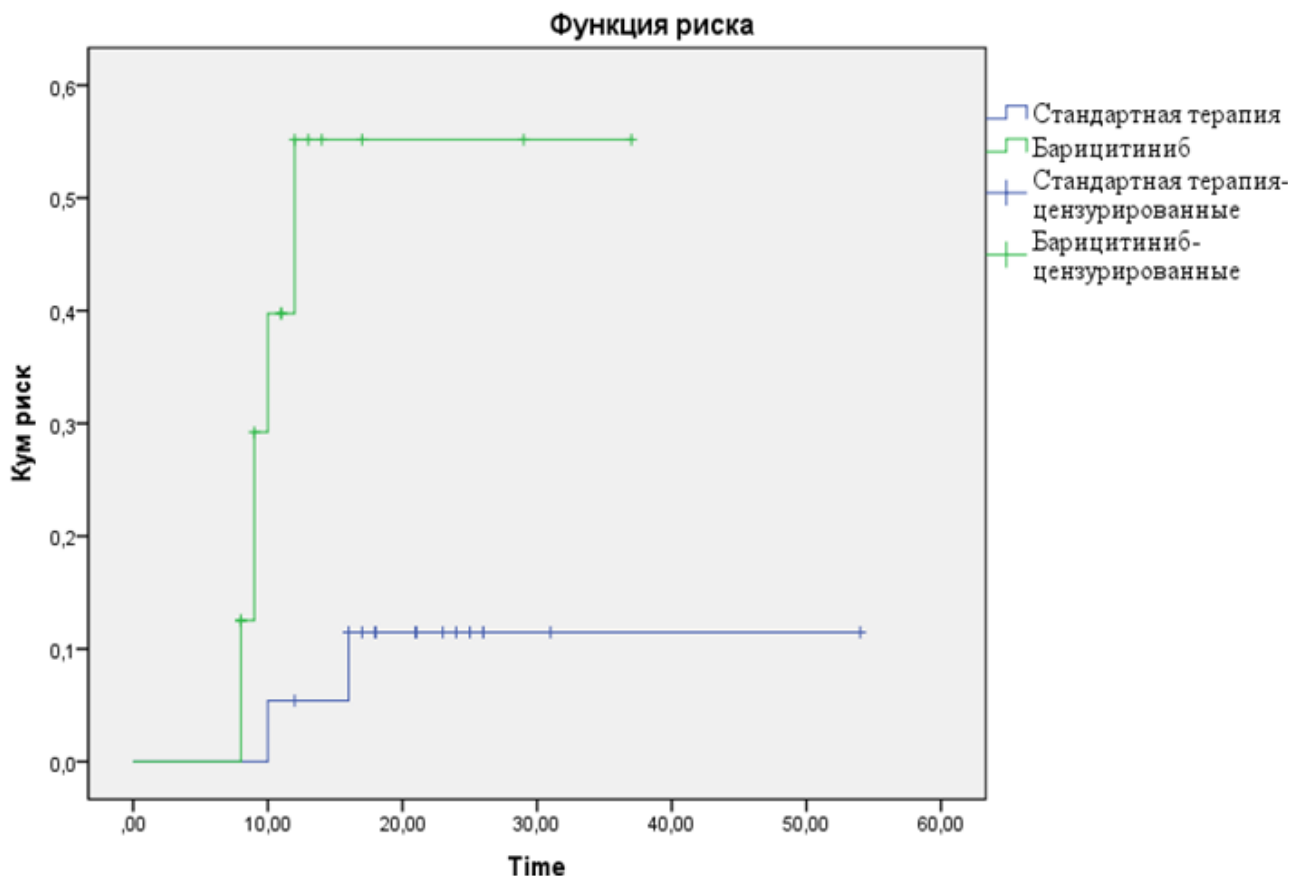


Рис. 1. Определение кумулятивного риска

Выводы:

1. В группе пациентов, получавших барицитиниб, отмечалось меньшее количество койко-дней, проведенных в стационаре; фиксировалась более высокая летальность, более частое развитие бактериальной суперинфекции. После приема препарата наблюдалось повышение уровня лейкоцитов, тромбоцитов и калия в крови.

2. При расчете модели кривой дожития по методу Каплана-Мейера установлено, что пациенты, получавшие барицитиниб, имели более высокий потенциальный риск летального исхода из-за присоединения бактериальной суперинфекции.

Список литературы

1. Patel U, Malik P, Shah D. Pre-Existing cerebrovascular disease and poor outcomes of COVID-19 hospitalized patients: a meta-analysis // J Neurol. – 2020. – № 12. – P. 122–132.
2. Ruan Q, Yang K, Wang W. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China // Intensive Care Med. – 2020. – № 46. – P. 846–8.

УДК 616.98:578.834.1SARS-CoV-2:612.017.1-036

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

к. м. н., доцент Алексейчик Дмитрий Сергеевич, Чуприк Никита Игоревич,
Жданова Екатерина Сергеевна

Республика Беларусь, г. Минск, Белорусский государственный медицинский университет

Введение. В конце 2019 г. мир столкнулся с серьезной проблемой – вспышкой в Китае новой коронавирусной инфекции, вызванной штаммом SARS-CoV-2, которая лавинообразно распространилась на другие страны и переросла в пандемию COVID-19 (объявлена ВОЗ 11.03.2020) [1]. Одной из важнейших задач является изучение состояния гуморального и клеточного иммунитета в разные промежутки времени у пациентов после перенесённой инфекции разной степени тяжести, вызванной вирусом SARS-CoV-2, для прогнозирования продолжительности иммунной защиты [2]. На данный момент актуально проведение работы по оценке динамики и напряженности специфической иммунной защиты у пациентов после перенесённой инфекции SARS-CoV-2 в длительный период наблюдения [3, 4].

Цель: изучение динамики состояния гуморального и клеточного иммунитета у пациентов после перенесённой коронавирусной инфекции в разные временные промежутки, с целью прогнозирования продолжительности иммунной защиты.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование в период октябрь-декабрь 2021 года на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска. В исследование был включён 51 пациент. В зависимости от степени тяжести COVID-19 пациенты были разделены на 3 группы: в первую вошли 18 пациентов с тяжёлым течением COVID-19, во вторую – 17 пациентов со среднетяжёлым течением, в третью – 16 пациентов с лёгким течением. В дальнейшем было произведено сравнение основных клинико-лабораторных показателей: ОАК, ОАМ, БАК; коагулограмма; ЭКГ; КТ ОГК. Выполнена оценка, осуществлено сравнение показателей клеточного (содержание антигенспецифических Т-клеток к основным вирусным антигенам – белкам S, N, M) и гуморального (содержание IgG к основным вирусным антигенам – белкам S, N) иммунитета, полученных через 3, 6 и 9 месяцев от момента начала заболевания.

Статистическая обработка данных проводилась на базе программы SPSS Statistics, версия 20 (StatSoft, США) и MedCalc.

Результаты и обсуждение. Наиболее выраженный клеточный иммунный ответ наблюдался в группе пациентов с тяжёлым течением заболевания (у 77,8 % выявлялись Т клетки специфичные к S белку, у 66,7 % – Т клетки специфичные к N белку, у 88,9 % – Т клетки специфичные к M белку). Более выраженный гуморальный иммунный ответ наблюдался в группе пациентов с тяжёлым (у 100 % выявлялись IgG специфичные к S белку и у 88,9 % – IgG специфичные к N белку) и среднетяжёлым (у 88,2 % выявлялись IgG специфичные к S белку и у 47,1 % – IgG специфичные к N белку) течением заболевания. При проведении логистического регрессионного анализа было установлено, что повышение уровня ферритина >330 мкг/л может указывать на сохранение клеточного иммунного ответа свыше 36 недель.

Выводы. Таким образом, у пациентов с тяжелым течением заболевания клеточный иммунитет более выражен в сравнении с группой пациентов со среднетяжелым и легким течением, также наблюдалась тенденция к снижению количества Т-клеток с течением времени. Гуморальный иммунитет в группах пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания более выражен в сравнении с легким течением, тенденция к снижению показателей гуморального иммунитета не наблюдалась.

Список литературы

1. Kaur N, Gupta I, Singh H. Epidemiological and clinical characteristics of 6635 COVID-19 patients: a pooled analysis // *SN Compr Clin Med.* – 2020. – № 32. – P.1048–52.
2. Patel U, Malik P, Shah D. Pre-Existing cerebrovascular disease and poor outcomes of COVID-19 hospitalized patients: a meta-analysis // *J Neurol.* – 2020. – № 12. – P. 122–132.
3. Ruan Q, Yang K, Wang W. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China // *Intensive Care Med.* – 2020. – № 46. – P. 846–8.
4. Whittaker A, Anson M, Harky A. Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review and current update // *Acta Neurol Scand.* – 2020. – № 142. – P. 14–22.

УДК 616.98:578.834.1

ПРОБЛЕМЫ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О COVID-19 В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Гапоненко Юлия Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В связи с коронавирусной болезнью (COVID-19) многие граждане обратились к социальным сетям за информацией и рекомендациями. В таком поведении есть как положительные, так и отрицательные стороны. Они варьируются от распространения дезинформации до незаменимой роли социальных сетей в распространении точной информации и просвещении в области психического здоровья.

Цель и задачи. В этой статье рассмотреть проблемы и преимущества социальных сетей как источника информации о COVID-19, учитывая, кто потенциально с большей вероятностью будут использоваться социальные сети и, таким образом, на них повлияет информация, передаваемая на цифровых платформах, которые в настоящее время являются неотъемлемой частью нашей повседневной жизни.

Материалы и методы. ВОЗ в сотрудничестве с Wunderman Thompson, Мельбурнским университетом и Pollfish провела международное исследование использования цифровых технологий во время кризиса в области здравоохранения. В исследовании приняли участие около 23 500 участников в возрасте от 18 до 40 лет из 24 стран на пяти континентах.

Результаты и обсуждение. Новый коронавирус вызвал во всем мире тяжелый острый респираторный синдром коронавирус-2 (SARS-CoV-2). С момента объявления ВОЗ чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение в марте 2020 года, уровень смертности, связанный с последовавшей пандемией Covid-19, достиг во всем мире пропорций от 2 до 3 %, что выше, чем у испанского гриппа (H1N1), который произошёл в начале двадцатого века. После кризиса многие обратились к социальным сетям, чтобы найти информацию и поддержку и помочь им справиться с эмоциональным бременем.

Социальные сети и другие цифровые платформы служат для предоставления информации и поддержания связи между людьми. Но распространение дезинформации в социальных сетях и других цифровых платформах считается такой же угрозой для здоровья населения, как и сам вирус. Проблема неточной информации подрывает глобальные меры реагирования на пандемию, подрывая общественное доверие и подрывая попытки контролировать ее распространение.

Повсеместное распространение пессимистической информации о COVID-19 и связанных с ним смертях в новостных лентах социальных сетей усугубило риски для психического здоровья. Обращение к социальным сетям во время беспокойства – обычное дело. И хотя, например, с помощью некоторых социальных платформ пользователи могут временно избавиться от своих негативных эмоций, известно, что любые положительные моменты, связанные с использованием социальных сетей, связаны с поведением, вызывающим привыкание.

С точки зрения чрезмерного использования, преимущества, получаемые от использования социальных сетей для снятия психического стресса, могут быть обратными: чрезмерное использование может представлять повышенный риск для психического здоровья. Результаты исследования показали потенциальный риск между использованием социальных сетей и эмоциональной травмой.

Пандемия COVID-19 привела нас к глобальному кризису психического здоровья. Введение и распространение точной информации о вирусе необходимы для устранения страха и неуверенности – факторов, усугубляющих стресс и психическое расстройство. Основным преимуществом социальных сетей и других цифровых платформ является простота доступа к информации.

Эта легкая доступность предоставляет широкие возможности для образования. Такое предоставление ключевой информации может помочь уменьшить последствия пандемии для психического здоровья. В случае кризиса со здоровьем смартфоны, планшеты и другие электрические устройства находятся в пределах легкой досягаемости, и многие люди теперь с большей вероятностью обратятся к новостным лентам на платформах социальных сетей, чем к более традиционным источникам СМИ.

В дополнение к информации о здоровье эти платформы являются средством помощи и средством поддержки сверстников. В случае кризиса со здоровьем такая эмоциональная отдушина оказалась незаменимой.

Молодые люди являются активными пользователями социальных сетей. Миллениалы и представители поколения Z имеют меньший риск серьезных последствий после заражения SARS-CoV-2. Члены этих групп также чаще взаимодействуют с социальными сетями по сравнению с любой другой группой, часто взаимодействуя в среднем с 5 цифровыми платформами в день.

Исследование было направлено на то, чтобы выяснить, куда пользователи отправляются в поисках информации, какие источники они считают заслуживающими доверия, а также их осведомленность о проблемах фейковых новостей и других проблемах. Основные результаты исследования заключались в том, что (вопреки распространенному мнению) научные новости и контент были сочтены наиболее ценной информацией по сравнению с личной информацией, изображениями, статьями и другими видами информации, которая потенциально имеет отношение к заболеванию.

Это открытие противоречит широко распространенному мнению, что смешным, развлекательным и эмоциональным контентом чаще делятся. В дополнение к этому следователи обнаружили, что осведомленность о проблеме фейковых новостей была высокой, и что пользователи считали себя хорошо подготовленными, чтобы обнаружить это.

В рамках усилий по борьбе с распространением дезинформации и ее неблагоприятными последствиями для потенциального ограничения мер по борьбе с распространением инфекции Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и другие официальные органы здравоохранения могут использовать социальные сети в позитивном ключе как влиятельный способ развеять опасения и обнародовать точную медицинскую информацию среди населения. Эти меры особенно ценны в развивающихся странах.

Выводы. Цифровые технологии предлагают всем нам как преимущества, так и недостатки после беспрецедентных глобальных вызовов, таких как пандемия COVID-19. Повышение осведомленности о потенциальных рисках, которые могут представлять социальные сети, может помочь населению более эффективно ориентироваться в использовании этих платформ позитивным и выгодным образом в будущем.

Список литературы

1. Кутумова Ольга Юрьевна, Бабенко Анатолий Иванович, Пухова Эльвира Петровна, Бабенко Евгений Анатольевич. Информированность населения о профилактике коронавирусной инфекции // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 3.
2. Первичко Е. И., Митина О. В., Степанова О. Б. и др. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 119–146.
3. <https://ach.gov.ru/upload/pdf/Covid-19-openness.pdf>.

УДК 616.98:578.834.1SARS-CoV-2-074-06

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

к.м.н., доцент Алексейчик Дмитрий Сергеевич, к.м.н., доцент Алексейчик Сергей Евгеньевич, Вашкова Дарья Николаевна

Республика Беларусь, г. Минск, Белорусский государственный медицинский университет

Введение. В декабре 2019 года начало распространяться острое инфекционное заболевание Coronavirus disease 2019 (COVID-19), вызываемое новым штаммом коронавируса – SARS-CoV-2, который на 79 % идентичен с геномной последовательностью SARS-CoV и на 50 % MERS-CoV [1]. Выявление наиболее значимых маркёров, указывающими на развитие тяжёлого течения заболевания, является важной частью диагностики и помогает предполагать дальнейшее течение болезни. Динамическое наблюдение за пациентами, перенесших COVID-19 различной степени тяжести, помогает сделать прогнозы в периоде после выздоровления и предсказать отдаленные последствия [2].

Цель: определить клиничко-прогностическое значение лабораторных данных у пациентов с COVID-19.

Задачи:

1. Сравнить клинические и лабораторно-инструментальные данные пациентов в выделенных группах
2. Выявить наиболее значимые маркёры, указывающие на развитие тяжёлого течения COVID-19
3. Провести динамическое наблюдение за пациентами с контрольными точками в 3, 6, 9 месяцев.

Материалы и методы. Проведено исследование на базе УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска. В исследование были включены 51 пациент с подтверждённым диагнозом коронавирусной инфекции.

В зависимости от тяжести заболевания (согласно приказу МЗ РБ № 900 от 21.07.2021) пациенты были разделены на 3 группы: в первую вошло 18 пациентов с тяжёлым течением, во вторую – 17 пациентов со среднетяжёлым течением COVID-19, в третью – 16 пациентов с тяжёлым течением COVID-19. В дальнейшем было проведено сравнение основных клиничко-лабораторных показателей. У всех пациентов проводились стандартные лабораторно-инструментальные исследования.

Статистическая обработка данных проводилась на базе программы SPSS Statistics, версия 20 (StatSoft, США) и MedCalc.

Результаты и обсуждение. Выделенные группы пациентов были сопоставимы по полу; группа пациентов с тяжёлым течением заболевания была статистически значимо старше групп со среднетяжёлым и лёгким течением (52,0 [43,8–62,0] vs 41,5 [35,3–51,8] и 48,0 [39,0–54,5], соответственно). Для пациентов с тяжёлым течением были характерны более высокие значения лихорадки, частоты дыхания в 1 минуту, у 22,2 % отмечалось нарушение сознания. У всех пациентов с тяжёлым течением на момент госпитализации отмечалась сатурация ниже 90 %, в то время, как у пациентов со среднетяжёлым течением – только у 11,8 %. Распространённость и степень артериальной гипертензии статистически значимо не отличалась в выделенных группах. У пациентов с тяжёлым течением заболевания чаще наблюдалась ИБС, преимущественно в форме атеросклеротического кардиосклероза, стабильной стенокардии напряжения и нарушения ритма и проводимости. У 22,2 % пациентов из группы тяжёлого течения наблюдался сахарный диабет 2 типа, в то время, как у пациентов со среднетяжёлым течением – только у 5,9 % и 0,0 % в группе с лёгким течением.

Для пациентов с тяжёлым течением коронавирусной инфекции, в сравнение со среднетяжёлым и лёгким течением, были характерны: лейкопения (3,7 [3,1–5,5] vs 11,2 [9,0–13,9]

и $6,4 [5,6-7,6] \cdot 10^9$, $p < 0,05$), тромбоцитопения ($146,5 [117,5-180,5]$ vs $190 [143,5-254,5]$ и $171,5 [132,3-225,5] \cdot 10^9$, $p < 0,05$), повышение СОЭ ($31,0 [25,0-39,0]$ vs $18,0 [11,0-31,5]$ (мм/ч), $p < 0,05$), повышение уровня фибриногена ($6,3 [4,0-8,0]$ vs $4,3 [3,6-5,9]$ и $3,6 [3,3-4,6]$ (г/л), $p < 0,05$), Д-димеров ($548,0 [267,7-653,1]$ vs $222,0 [98,5-528,5]$ и $151,5 [109,0-290,5]$ (нг/мл), $p < 0,05$), увеличение тромбинового времени ($15,0 [13,7-15,8]$ vs $13,8 [12,9-14,8]$ и $13,7 [12,0-14,8]$ (сек), $p < 0,05$). У пациентов с тяжёлым течением коронавирусной инфекции проводилось определение уровня ИЛ-6, медиана составила $30,4 [8,8-37,5]$ пг/мл, что может свидетельствовать о развитии «цитокинового шторма». 27,8 % из данной группы получили тоцилизумаб – ингибитор рецепторов к ИЛ-6.

По данным КТ диагностики у пациентов с тяжёлым течением преобладало поражение лёгких на уровне КТ 3 (50–74 %), со среднетяжёлым течением – КТ 2 (26–49 %), с лёгким – КТ 0–1 (0–25 %), $p < 0,05$

Для выявления наиболее значимых лабораторных предикторов тяжёлого течения COVID-19, был проведён ROC-анализ (рис. 1).

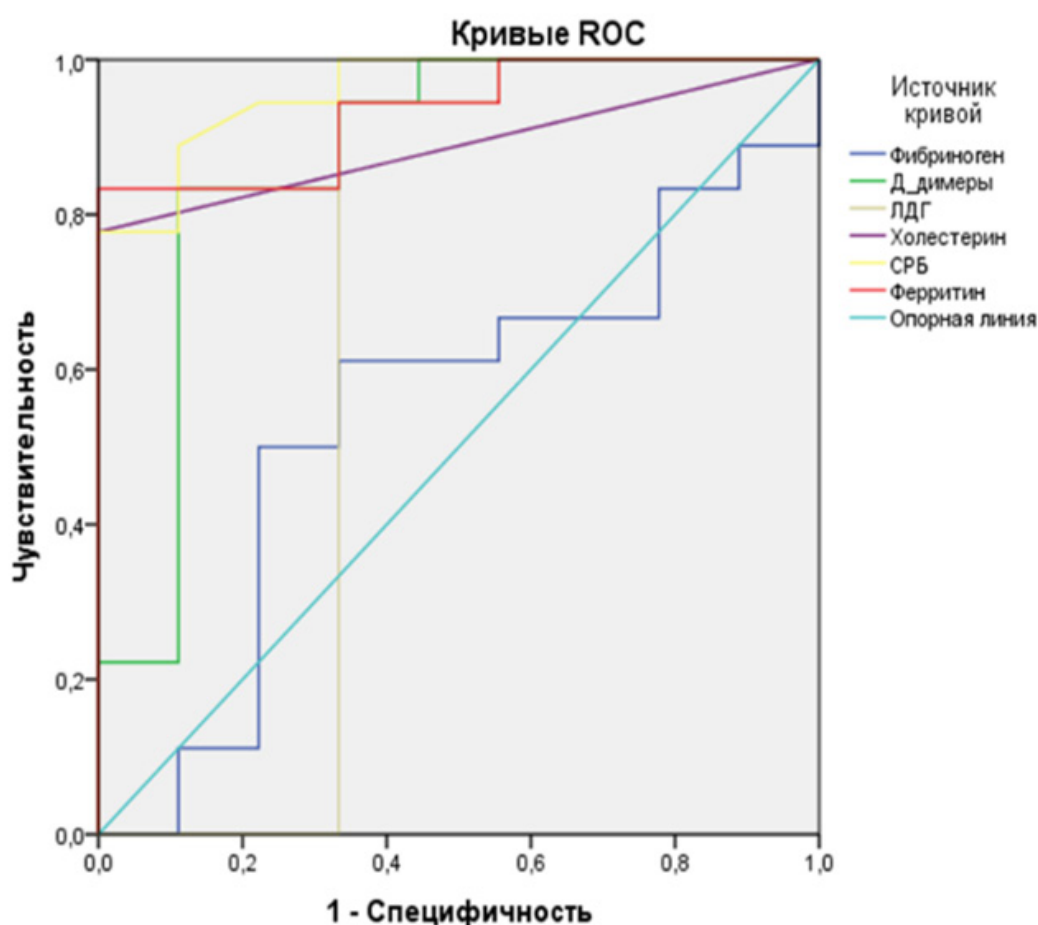


Рис. 1. Чувствительность и специфичность фибриногена, Д-димеров, ЛДГ, общего холестерина, СРБ, ферритина в диагностике тяжёлого COVID-19

Выводы:

Наиболее значимыми маркерами, указывающими на развитие тяжёлого течения COVID-19 явились: Д-димеры (чувствительность и специфичность составила 94,44 (95 % ДИ 72,7–99,9) и 57,58 (95 % ДИ 39,2–74,5) соответственно, с точкой отсечения >176 нг/мл), общий холестерин (чувствительность и специфичность составила 96,97 (95 % ДИ 84,2–99,9) и 77,78 (95 % ДИ 52,4–93,6) соответственно, с точкой отсечения $<3,9$ ммоль/л), СРБ (чувствительность и специфичность составила 88,89 (95 % ДИ 65,3–98,6) и 82,76 (95 % ДИ 64,2–94,2) соответственно, с точкой отсечения >32 мг/л), ферритин (чувствительность и специфичность составила 77,78 (95 % ДИ 52,4–93,6) и 94,12 (95 % ДИ 71,3–99,9) соответственно, с точкой отсечения >330 мкг/л).

Список литературы

1. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F. Self-Reported olfactory and taste disorders in patients with severe acute respiratory coronavirus 2 infection: a cross-sectional study // Clin Infect Dis. – 2020. – № 71. – P. 889–890.
2. Guan W-J, Liang W-H, Zhao Y, W-j G, W-h L. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis // Eur Respir J – 2020. – № 55. P. 831–9.

УДК 330.16

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Биллионик Аркадий Романович

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

Введение. При построении эффективной мотивационной системы труда работников необходимо учитывать не только внутренние потребности персонала, но и внешнюю рабочую среду, где происходит реализация трудовой деятельности.

Цели и задачи исследования. Работа посвящена выявлению эффективных методов мотивации труда. Для достижения цели будет проведен анализ экономических мотивов и выгод, которые возможно получить вследствие выполнения профессиональных функций медицинским персоналом.

Материалы и методы. Теоретической и методологической основой исследования послужили фундаментальные основы и концепции, представленные в трудах российских и зарубежных ученых, практиков в области менеджмента. При реализации цели и задач в исследовании использовались такие научные методы, как анализ и синтез информации, сравнение.

Результаты и обсуждение. Экономическими мотивами следует считать все, что связано с дополнительными выгодами, которые возможно приобрести вследствие выполнения необходимых требований. К мотивам относятся: оплата труда, премии, надбавки, выплаты, льготы.

Система мотивации труда включает в себя следующие группы методов: организационно-производственные, социально-экономические, административные, правовые, социально-психологические, информационно-разъяснительные [1].

Рассмотрим социально-экономические методы мотивации персонала (рис. 1).

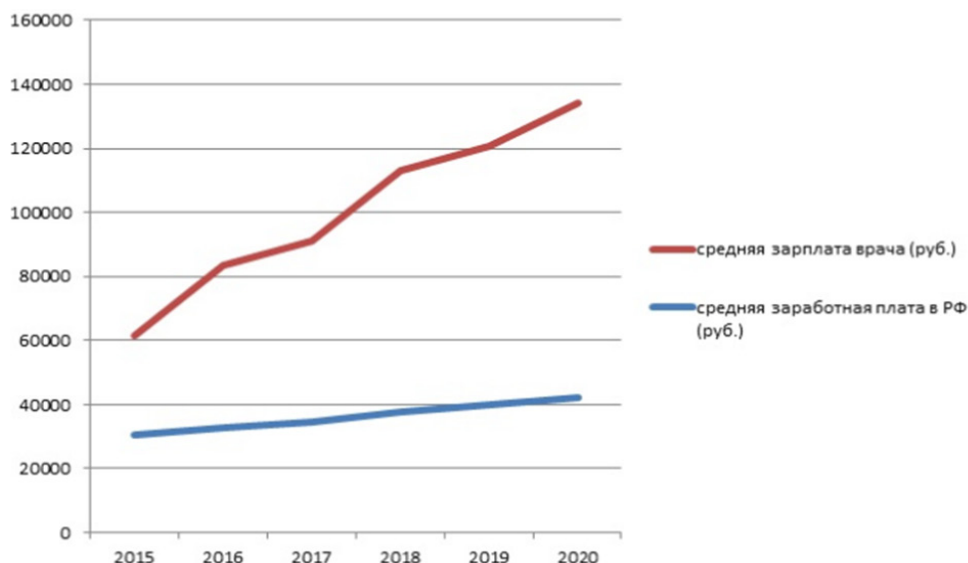


Рис. 1. Анализ зарплаты врачей в Российской Федерации за 2015–2020 гг.

Источник: <https://rosstat.gov.ru>

Показатели демонстрируют, что власти стараются добиться заложенной средней зарплаты по «дорожной карте» медработников: врачам – не менее 200 % среднемесячной заработной платы по региону, остальным работникам медицинской сферы – не менее 100 %. Но на практике ситуация в разных регионах различается. Сейчас выплаты медработникам состоят из оклада, компенсационных и стимулирующих доплат. Размер этих частей определяет Минздрав региона с учетом федеральных рекомендаций. Так, в единых рекомендациях по установлению систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2022 год предложено обеспечить долю выплат по окладу медработникам не менее 55 %. Оставшиеся 45 % распределяют на компенсации (порядка 10–15 %) и стимулирующие выплаты (с учетом приказа Минздрава России от 02.04.2020 № 266н) [3].

Сегодня оклад медицинского работника предусмотрен ставкой по должности. В едином квалификационном справочнике должностей есть положение о базовых должностных окладах медсестер, врачей, руководителей. Они едины на всей территории РФ. Размер оклада зависит от 3 главных параметров: региона, где трудится специалист, числа отработанных за месяц смен, часов (согласно таблице), индивидуальных характеристик сотрудника (образование, стаж, уровень квалификации).

Базовые, компенсационные и социальные выплаты регулируются федеральными и региональными нормативными документами. Стимулирующие выплаты устанавливают локальные нормативные акты конкретного учреждения. Медикам положены выплаты за: интенсивную трудовую деятельность и высокие показатели; качество работы; непрерывный стаж и выслугу лет; категорию и квалификацию. На стимулирующие выплаты влияют: количество выявленных заболеваний; процент неверно поставленных диагнозов; процент несвоевременно назначенных госпитализаций; процент осложнений; удовлетворенность пациентов качеством лечения, качество работы с пациентами, документацией, отчетами.

В 2020 году ввели дополнительную оплату врачам за раннее выявление онкологического заболевания. Сумма выплат и условия их получения устанавливаются на уровне медучреждения локальными нормативными актами с учетом рекомендаций регионального Минздрава и рекомендаций, закрепленных в приказе Минздрава России № 421 от 28.06.2013 и приказе Минздравсоцразвития № 818 от 29.12.2007. Показатели, по которым определяется качество работы медика, определены для каждой категории отдельно. Методика расчета доплат рекомендована приказом Министерства здравоохранения РФ № 696н от 31.10.2014 г. [2].

В 2020 году в связи с пандемией коронавируса введен ряд дополнительных выплат для медперсонала, непосредственно работающего с зараженными пациентами. Правительство постановлением № 484 от 12.04.2020 ввело специальные федеральные доплаты медперсоналу, работающему с инфицированными коронавирусом, обусловленные повышенной нагрузкой и особыми условиями труда. Их размер зависит от должности и не зависит от количества часов непосредственной работы с инфицированными: лечащие врачи – 80 000 руб.; врачи скорой помощи – 50 000 руб.; средний медицинский персонал – 50 000 руб.; младший медицинский персонал – 25 000 руб.; фельдшеры, медсестры и водители машин скорой помощи – 25 000 руб.

Кроме того, до 31.12.2021 действовало Постановление правительства РФ от 30.10.2020 № 1762, по которому ежемесячно доплачивали медработникам, занятым в борьбе с коронавирусом. Суммы за смену разные: от 3880 руб. – для лечащих в стационаре врачей до 600 руб. – для младшего медперсонала.

Федеральным законом № 121-ФЗ от 22.04.2020 внесены изменения в Налоговый кодекс РФ. Стимулирующие выплаты медперсоналу, оказывающему помощь гражданам, зараженным коронавирусной инфекцией, не облагаются НДФЛ [3].

Выводы. Из всего вышесказанного можно сделать вывод. Для достижения мотивации и стимулирования труда в здравоохранении, нужно использовать комплекс методов. А именно, подобрать наиболее эффективные методы мотивации с помощью анализа кадрового потенциала всего персонала.

Список литературы

1. Гаврилов Э. Л. Оплата труда медицинских работников как метод управления персоналом в системе здравоохранения / Э. Л. Гаврилов, Н. О. Аслибекян, Е. А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. 2017. Т. 12. № 1. С. 73–78.
2. Повышение зарплаты медработникам. URL: <https://clubtk.ru/povyshenie-zarplaty-medrabotnikam> (дата обращения 28.10.2022)
3. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения 28.10.2022)

УДК 316.658.2

КАК ИЗМЕНИЛОСЬ ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19?

Гурбич Елизавета Владиславовна, Макарова Марина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Очевидно, что пандемия COVID-19 расколола мир на «до» и «после» во многих отношениях. За это время мировая экономика находилась невероятно близко к кризису из-за сбоя поставок и нарушения логистики, много предприятий ушли полностью на дистанционную работу, люди стали более внимательны к своему здоровью, чаще стали использовать маски при первых признаках острых респираторных заболеваний, а так же изменилось и отношение и к самим врачам. Во все времена к врачам относились по-разному. Однако, нас интересует вполне конкретный период – с 2017–2019 и по 2019–2021 года.

Результаты и обсуждение. С наступлением пандемии COVID-19 выяснилось, что система здравоохранения нашей страны не готова к таким вызовам. Были проведены исследования среди населения РФ, где были выявлены такие недостатки как: отсутствие достаточного количества мест для размещения больных, низкий профессиональный уровень врачей, плохое оснащение больниц современным оборудованием, недостаточное количество кадров [1]. Ситуация осложнялась следующими факторами: очереди в поликлиниках стали еще более длинными, в стационарах была сильная нехватка мест, недостаточное количество оборудования усугубляло ситуацию, кареты скорой медицинской помощи стали приезжать с большей задержкой. За счет этих недостатков медицинскому персоналу стало гораздо сложнее работать. Возрастало всеобщее негодование как со стороны работников, так и со стороны пациентов.

Однако, несмотря на все эти недостатки, врачи, медицинские сестры и санитары не опустили руки и продолжили выполнять свой профессиональный долг. Сплоченность и трудоспособность специалистов была на высшем уровне, за счёт этого они смогли добиться высоких результатов. В это время произошли большие изменения во всех медицинских организациях.

Пандемия COVID-19 наложила отпечаток на развитие системы здравоохранения. В период с 2020 года и по наши дни финансирование системы здравоохранения увеличилось: осуществляется закупка медицинского оборудования, проводится ремонт зданий, служебных помещений, открываются новые диагностические центры. Также проводится массовое повышение квалификации специалистов, модернизируются информационные и компьютерные составляющие [1].

По данным Государственной Думы Российской Федерации график изменения финансирования здравоохранения:

Финансирование здравоохранения [2].

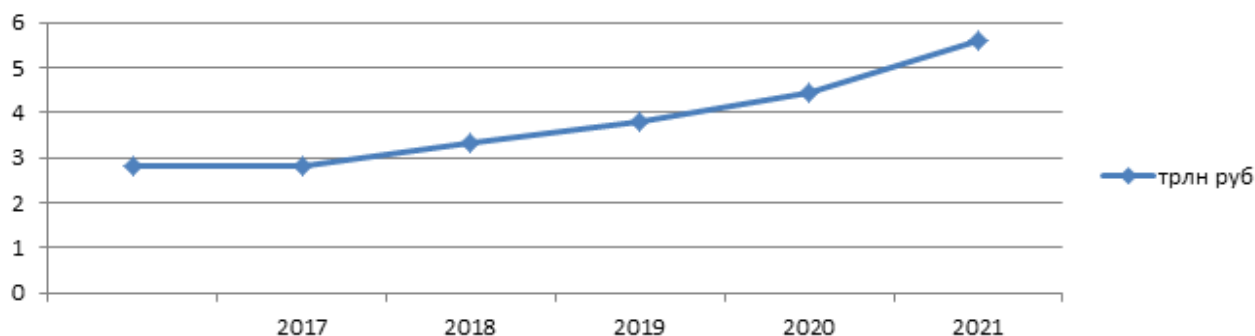


Рис. 1. Финансирование здравоохранения в 2017–2021 годах

Однако это не говорит о том, что финансирование сферы здравоохранения увеличилось в абсолютных величинах. Сравним с инфляцией за этот же период [3].

Таблица 1

Сравнительная характеристика прироста финансирования системы здравоохранения и прироста инфляции в период 2017–2021 года

Период	Прирост финансирования, %	Инфляция за этот период, %
2017–2018	14,5	2,52
2018–2019	13,1	4,27
2019–2020	14,2	3,05
2020–2021	20,7	4,9

Источник: Росстат РФ.

Таким образом, можно сделать вывод, что финансирование системы здравоохранения действительно увеличилось в абсолютных величинах.

Однако, к сожалению, мы не можем сказать, что количество кадров увеличилось, а наоборот, с каждым годом их становится всё меньше. По данным Росстата, в период с 2017 года по 2021 год работников в сфере здравоохранения становится всё меньше:

Кол-во работников в сфере здравоохранения:

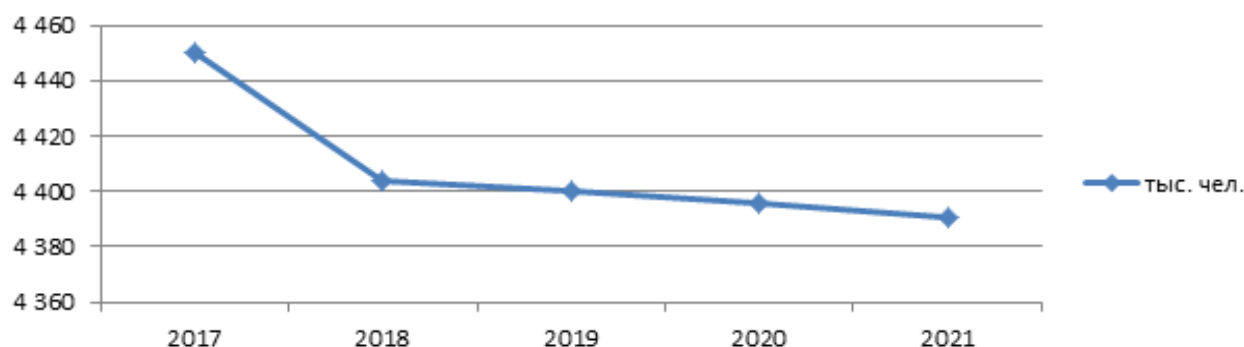


Рис. 2. Количество занятых в здравоохранении. Динамика с 2017 по 2021 год [4]

Несмотря на это, сохраняется тенденция к тому, что люди стали лучше относиться к врачам. Нами было проведено исследование в виде опроса с использованием инструмента «Google Формы», опрос прошли 107 человек. Опрошенным было предложено ответить на несколько вопросов. Абсолютное большинство опрошенных (62,7 %) считают, что отношение к медицинскому персоналу изменилось. Из 107 человек 61 считают, что отношение к медицинским работникам за период пандемии определённо улучшилось. При этом опрошенные выделяют, что их мнение сложилось подобным образом из-за следующих факторов: «обеспечили хорошее лечение»,

«внимательное отношение: ежедневное измерение температуры, предоставление лекарств», «работа в красной зоне», «большой труд и большие риски, на которые шли медики», «помогли выздороветь», «серьёзная нагрузка на медперсонал и выгорание за чужие жизни», «спасали чужие жизни с риском для себя». Некоторые опрошенные вдохновились своими родственниками, которые работают в сфере здравоохранения и на собственном примере показали настоящий героизм. Также присутствовали и опрошенные, которые вдохновились новостными сюжетами.

Выводы. Подытожив всё выжеизложенное, можно сделать следующие выводы: несмотря на то, что, к сожалению, количество медицинского персонала снижается из года в год, действующие работники здравоохранения делают всё возможное, чтобы обеспечить пациентов лечением. Медицинские работники, несмотря на огромные нагрузки, жертвовали собой: спали в больницах, не возвращаясь домой, а иногда даже и пребывали без сна, боролись за каждую жизнь. Такое отношение к пациентам не могло не вызвать восхищение в обществе и с точностью мы можем утверждать, что отношение к медицинским работникам стало лучше.

Список литературы

1. Тумусов Ф. С., Косенко Д. А. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. – М.: Издание Государственной Думы, 2019. – 80 с.
2. В ГД озвучили, сколько средств направлялось на здравоохранение в 2019, 2020 и 2021 годах // Сайт Государственной Думы Российской Федерации. 2021. URL: <http://duma.gov.ru/news/52447/> (Дата обращения: 05.10.2022)
3. Цены, инфляция. Потребительские цены. // Сайт Федеральной Службы Государственной Статистики. 1999-2022. URL: <https://rosstat.gov.ru/statistics/price> (Дата обращения: 05.10.2022)
4. Смелов П. А., Никитина С. Ю. и др. Здравоохранение в России. М.: Стат.сб. / Росстат. 2021. 171 с.

УДК 616.12-008:616.9:578.834.1]-036.21

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дубовая Анна Валериевна¹, Бордюгова Елена Вячеславовна¹,
Науменко Юлия Владимировна¹, Конов Владислав Геннадьевич²,
Сысоева Наталья Леонидовна², Смирнова Татьяна Владимировна²,
Немченко Марина Михайловна¹, Федотенко Светлана Александровна²

¹Россия, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Донецк, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака

Введение. С весны 2020 г. ВОЗ признала распространение новой инфекции COVID-19, которую вызывает коронавирус SARS-CoV-2, пандемией. COVID-19 диагностируют у взрослых и у детского населения. Если в 2020 г. дети болели редко, а заболевание у них имело гладкое течение с поражением нижних дыхательных путей и смертельные случаи среди детей были довольно редки, то в 2021 г. картина изменилась. Заболеваемость среди детей стала выше и количество детей со средней и тяжелой степенью тяжести течения увеличилось. Чаще стали встречаться проявления кардиоваскулярного характера, которые констатируют и в самом начале заболевания, и во время нарастания воспалительной активности, и через некоторое время после выздоровления. Они могут включать миокардит, перикардит, сердечную недостаточность, аритмию, коронарит, внезапную смерть и др. [1]. Поражение миокарда при воздействии коронавирусной инфекции может быть реализовано посредством прямого повреждения миокарда вследствие взаимодействия SARS-CoV-2 с миокардиальными рецепторами ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ2) [2] и косвенно за счет повреждения миокарда цитокинами и др. провоспалительными факторами, нарушения микроциркуляции, гипоксических

изменений в кардиомиоцитах [3, 4]. К тому же, возможно лекарственное воздействие препаратов, применяемых при COVID-19, которые могут удлинять интервал QT и обладать проаритмогенным действием [5]. SARS-CoV-2 вызывает ряд патофизиологических процессов, включающих гиперсимпатикотонию, гиперкоагуляцию, системное воспаление, эндотелиальную дисфункцию [6]. Приблизительно у 17 % перенесших COVID-19 констатируют нарушения сердечного ритма [7].

Цель настоящей публикации – анализ кардиальных проявлений у детей, перенесших COVID-инфекцию.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 5 историй болезни детей (1 мальчик и 4 девочки) с поражением сердечно-сосудистой системы, в анамнезе заболевания которых имелись указания на перенесенную респираторную инфекцию, а при обследовании обнаружен IgG к SARS-CoV-2.

Результаты и обсуждение. Представляет интерес 2 случая формирования врожденного порока сердца (ВПС) у детей, матери которых перенесли COVID-19 в сроке гестации 20–23 нед. Девочка А., 3 мес., в 2021 г. госпитализирована с жалобами на одышку, бледность и стояние в массе. В результате обследования установлен ВПС – открытый артериальный проток (ОАП) 0,5 см. Фиброз створок митрального клапана, недостаточность митрального клапана II–III ст. Комбинированный порок аортального клапана. Недостаточность аортального клапана I–II ст. Умеренный стеноз аортального клапана (ΔР 38,0 мм. рт. ст.). Межпредсердное сообщение 0,35 см. Дилатация левых и правых камер сердца. Недостаточность трикуспидального клапана I–II ст. Легочная гипертензия II ст. Кардит подострое течение. (Mіxt-инфекция – герпес 1, 2, 6 типа, фаза репликации 6 тип, у матери в 23 недели беременности COVID-19). ХСН 2А. ДН1. В 7 мес. успешно выполнена кардиохирургическая коррекция ВПС. В настоящее время состояние удовлетворительное.

Девочка Н., 2,5 мес., в 2022 г. поступила с жалобами матери на одышку до 100 в мин., слабость, вялость, повышенную потливость во время кормления. В результате обследования установлен диагноз: «ВПС, выраженный стеноз митрального клапана, недостаточность митрального клапана II степени. Аортальный клапанный и подклапанный стеноз. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Выраженная дилатация левого предсердия. Высокая лёгочная гипертензия. Дилатация правых камер сердца. Недостаточность трикуспидального клапана II–III степени. ХСН IIА. Сопутствующий диагноз: Внебольничная пневмония. ДН1». Пациентка нуждается в оперативной коррекции ВПС.

Учитывая отягощенный анамнез, нельзя исключить, что клапанное поражение сердца – результат перенесенной инфекции.

Другая группа кардиальных поражений, регистрируемых после перенесенной коронавирусной инфекции, – перикардиальный выпот. Мальчик И., 4 мес, страдающий ВПС (вторичный дефект межпредсердной перегородки 0,58 см, ОАП 0,2 см, ХСН I), перенес в 2 мес. новую коронавирусную инфекцию SARS COV-2. При плановой эхокардиографии (ЭхоКГ) в 4 мес. выявлен перикардиальный выпот до 0,3 см, который после проведения противовоспалительной терапии исчез.

Девочка А., 13 лет, которая наблюдается по поводу ВПС (вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМЖП), добавочная верхняя полая вена, впадающая в коронарный синус, удлиненный Евстахиев клапан. Недостаточность митрального клапана 1 ст. Недостаточность трикуспидального клапана I–II ст. Дилатация правых камер сердца. Состояние после эндоваскулярного закрытия ДМЖП в 2021 г. (имплантация окклюдера MemoPart ASD 16 mm), имеющая хронический компенсированный тонзиллит, персистирующую герпетическую инфекцию, за 2 нед. до поступления в стационар перенесла COVID-19 в легкой форме. При проведении ЭхоКГ обнаружен перикардиальный выпот до 0,7 см. В результате проведенного лечения наступило выздоровление.

Девочка П., 12 лет, поступила в стационар с жалобами на рецидивирующие предобморочные состояния. Впервые пресинкопе возникло в душном помещении в январе 2020 г. В течение

года периодически повторялись эпизоды кратковременного головокружения, потемнение в глазах при резкой перемене положения тела. В январе 2021 г. перенесла COVID-19 в легкой форме. В течение 3-х дней отмечался субфебрилитет, затем нарушение обоняния. В течение 4-х недель имела место постинфекционная астения. В апреле 2021 г., состояние ухудшилось после отжиманий на уроке физкультуры: сильное головокружение, слабость, артериальная гипотензия. На ЭКГ обнаружена атриовентрикулярная блокада III ст. Установлен диагноз: «Неревматический кардит, подострое течение после перенесенного SARS-CoV2 с поражением проводящей системы сердца: атриовентрикулярная блокада 3 ст. ХСН».

Выводы. Несмотря на то, что новая коронавирусная инфекция COVID-19 у детей протекает в легкой форме, возможно поражение сердечно-сосудистой системы в виде перикардального выпота, нарушения ритма сердца, а антенатальное воздействие вируса может вызвать клапанные поражения.

Дети, перенесшие инфекцию COVID-19, нуждаются в динамическом наблюдении и персонализированной реабилитации.

Список литературы

1. Репецкая М. Н., Мирзоева А. А., Гулиев Э. И. Течение коронавирусной инфекции COVID-19 у детей: симптомы и последствия // Международный студенческий научный вестник. – 2022. – № 3.
2. Zheng Y., Ma Y., Zhang J. et al. COVID-19 and the cardiovascular system // Nat Rev Cardiol. 2020; 17: 259–260.
3. Huang C., Wang Y., Li X. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China // Lancet. 2020; 6736: 1–10.
4. Kochi A. N., Tagliari A. P., Forleo G. B. et al. Cardiac and arrhythmic complications in patients with COVID-19 // J Cardiovasc Electrophysiol. 2020; 31 (5): 1003–1008.
5. Chorin E., Wadhvani L., Magnani S. et al. QT interval prolongation and torsade de pointes in patients with COVID-19 treated with hydroxychloroquine/azithromycin // Heart Rhythm. 2020; 17 (9): 1425–1433.
6. Danta C.C. Calcium Channel Blockers: A Possible Potential Therapeutic Strategy for the Treatment of Alzheimer's Dementia Patients with SARS-CoV-2 Infection. // ACS Chem Neurosci. 2020 Aug 5; 11 (15): 2145–2148.
7. Гетман С. И., Чепель А. И., Тегза В. Ю. Миокардит и пандемия COVID-19 // Тезисы IX Всероссийский съезд аритмологов, 2021. – С 28–29.

УДК 612.821

ТЯЖЕСТЬ И НАПРЯЖЕННОСТЬ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПЦР-ЛАБОРАТОРИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Орлов Дмитрий Валерьевич, Назаров Никита Олегович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. м. н., проф. Латышевская Наталья Ивановна

Введение. Труд медицинских работников клинических лабораторий характеризуется воздействием вредных производственных факторов различной природы: физические (шум, электромагнитные поля, лазерное излучение), химические (лекарственных препаратов в воздухе рабочей зоны) [1]. При этом большинство исследователей считают, что одним из ведущих вредных факторов условий труда в этих подразделениях медицинских организаций является биологический фактор [3–5]. Причиной данной ситуации является высокая контагиозность инфекционных агентов, не выполнение норм гигиены и охраны труда. Осуществляемая специальная оценка

условий труда в клинично-диагностических лабораториях классифицирует их как вредные – 3.2 по биологическому фактору [5, 6]. Среди факторов трудового процесса необходимо отметить психо-эмоциональное напряжение, вынужденную рабочую позу, перенапряжение зрительного анализатора [7]. Можно предположить, что в период пандемии в связи с увеличением интенсивности работы и возрастанием рабочей нагрузки на сотрудников ПЦР-лабораторий степень тяжести и напряженности их труда возрастает.

Цель исследования: осуществить оценку тяжести и напряженности труда работников ПЦР-лабораторий в период пандемии-COVID-19 для дальнейшего использования полученных данных при разработке организационных профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2019–2020 гг. на базе ПЦР-лабораторий ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2», г. Волжский, Программа проведения гигиенических исследований разрабатывалась на основе методологических подходов, изложенных в руководстве по гигиенической оценке факторов рабочей Р 2.2.2006-05. Основные профессии – врач-лаборант, фельдшер-лаборант. Осуществлено хронометражное наблюдение в течение 12-ти человеко-смен.

Результаты и обсуждение. Функционал врача-лаборанта и фельдшера-лаборанта в ПЦР-лабораториях включает в себя: работу в «грязной» зоне боксов (подготовку реактивов, подготовку проб для амплификации и закладку проб в амплификатор) и работу в «чистой» зоне за компьютером (интерпретация результатов амплификации с использованием программного модуля амплификатора, работу с документацией и отчетами); эти операции выполняет один и тот же сотрудник, переходя из одной зоны в другую. Выполняемая работа – сидя-стоя с незначительным физическим напряжением (категория работ по энерготратам – Ia).

Оценка класса условий труда по показателям тяжести трудового процесса осуществлена с использованием следующих показателей: стереотипные рабочие движения при локальной нагрузке с участием мышц кистей и пальцев рук – более 45 000 за смену (класс 3.1); вынужденная рабочая поза с наклонами туловища более 30° – (класс 3.1); перемещение в пространстве, обусловленное технологическим процессом практически отсутствует (класс 1) и другие (всего 17 показателей). Итоговая оценка труда работников ПЦР-лаборатории в период пандемии COVID-19 относится в вредному, второй степени (3.2).

Оценка класса условий труда по показателям напряженности трудового процесса осуществлена также с использованием 17-ти показателей. Среди них такие как интеллектуальные нагрузки – решение сложных задач с выбором по известным алгоритмам (класс 3.1); восприятие сигналов с последующей коррекцией действий и операций (класс 2), обработка, проверка и контроль за выполнением задания (класс 3.1); работа в условиях дефицита времени (класс 3.2); сенсорные нагрузки – длительность сосредоточенного наблюдения, плотность сигналов и сообщений за 1 час работы (класс 3.2); размер объекта различения /при расстоянии от глаз до объекта не более 0,5м/ в мм (класс 3.2); число объектов одновременного наблюдения (класс 3.1); наблюдение за экранами видеотерминалов – часов за смену (класс 3.2); эмоциональные нагрузки – степень ответственности за результат собственной деятельности (класс 3.2); количество конфликтных ситуаций, обусловленных профессиональной деятельностью, за смену (класс 2); монотонность работы – время активных действий (класс 1) и монотонность производственной обстановки (класс 1); режим работы (класс 3.1); сменность работы (класс 3.1), наличие регламентированных перерывов и их продолжительность (класс 2).

Выводы. Осуществленная комплексная оценка условий труда медицинских работников ПЦР-лаборатории по степени тяжести и напряженности позволила их классифицировать как вредные, второй степени (класс 3.2). Данный класс условий труда позволяет прогнозировать функциональные нарушения и рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности, в первую очередь теми болезнями, которые отражают состояние наиболее уязвимых для данных факторов органов и систем. Анализ перечня показателей в основном формирующих вредные условия труда позволил разработать организационные мероприятия, направленные на снижение

риска здоровью. Например, рациональное размещение производственного оборудования позволит снизить общее количество наклонов под углом более 30°, организация эргономически рационального рабочего места снизит утомительность рабочей позы и пр. Необходимо также разработать режим труда и отдыха работников ПЦР-лабораторий в соответствии с интенсивностью рабочей нагрузки и динамики работоспособности, что требует проведения дополнительных медико-физиологического исследования.

Список литературы

1. Труфанова Н. Л., Потеряева Е. Л. Методическое обеспечение профилактики и здоровьесбережение врачей крупной медицинской организации. В кн.: Здоровье медицинского персонала и обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности. Омск; 2016. С. 59–60.
2. Погосян С. Г. Здоровье среднего медицинского персонала и влияющие на него факторы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23, № 6. С. 24–27.
3. Бадамшина Г. Г., Зиатдинов В. Б., Фатхутдинова Л. М. Актуальные вопросы оценки условий труда медицинских работников по уровню биологического фактора. Медицина труда и промышленная экология. 2019; 9: 551. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-9-551-552>.
4. Лукичева Т. А. Повышение эффективности защиты медицинских работников от биологического фактора // Здоровье медицинского персонала и обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности. Омск; 2016. С. 44.
5. Панюшина Е. В. Гигиеническая оценка условий труда и состояния здоровья медицинских работников параклинических отделений // Панюшина Е. В., Кирюшин В. В. Наука молодым. 2019. – № 1. С. 129–141.
6. Гарипова Р. В. Латексная аллергия у медицинских работников // Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93, № 2. С. 307–311.
7. Оборина С. В. Влияние факторов производственной среды на состояние иммунной системы медицинского персонала лабораторий лечебно-профилактических учреждений: автореферат дис. ... канд. мед. наук. Челябинск; 2010. Доступно по: <http://www.dissercat.com/content/vliyaniiefaktolov-ploizvodstvennoi-sledy-na-sos-toyanie-immunnoi-sistemy-meditsinskogo-pelson>. Ссылка активна на 10 августа 2018.
8. Архипкин А. А., Назиров М. Р., Лянг О. В. и др. Специальная оценка условий труда в лаборатории // Лабораторная служба. 2015. № 1. С. 42–47. doi:80.87886/labs20854842-48

УДК 338

ПОТРЕБЛЕНИЕ УСЛУГ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Орлова Полина Владимировна, Цыбенко Анастасия Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. э. н., доцент Хало Любовь Анатольевна

Введение. В условиях пандемии Covid-19, которая широко охватила все население, российские медицинские учреждения столкнулись с проблемой поиска пациентов, ведения полноценных приемов узких специалистов, конкурентоспособности и другими факторами рынка [4, с. 127]. В данной статье подробно рассматривается отношение потребителей на внедрение услуг телемедицины на примере пациентов конкретного медицинского учреждения.

Цель. Целью данного социологического исследования является анализ отношения населения к внедрению и использованию одного из наиболее популярных и доступных видов инноваций – телемедицины.

Материалы и методы. В данном исследовании используется метод анализа ответов респондентов. Инструментом исследования выступил опрос, созданный в сервисе Google Forms. Метод анкетирования позволил выяснить отношение респондентов к инновациям в медицине, а также факторы, влияющие на тот или иной выбор.

Для более ясного понимания того, как именно население относится к внедрению и использованию услуг телемедицины, нами был составлен и проведен опрос среди пациентов одной из ведущих сети клиник «Панацея» города Волгограда.

Результаты и обсуждение. В опросе приняли участие 80 человек, среди них 35 % люди старше 40 лет, 37 % люди среднего возраста 25–40 лет, 28 % молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет. Опрос проводился методом анкетирования в сервисе Google Forms.

Термин «телемедицина» знаком пока только 43,4 % респондентов, ещё 29,6 % сообщили о лишь приблизительном понимании, а 27 % отрицательно ответили на этот вопрос. Так или иначе, 84 % опрошенных положительно относятся к телемедицине. В реалиях современности, средства массовой коммуникации являются наиболее популярным видом получения различной информации. Именно поэтому 76 % респондентов указали на данный источник. Еще около 24 % узнали о телемедицине от знакомых, через Интернет или другие источники.

Большинство выбирают использование телемедицины в области дистанционных консультаций – 70,3 %. Особенно востребованным данный вид взаимодействия с врачами стал в период пандемии новой коронавирусной инфекции Covid-19, и это отметили 87 % опрошиваемых.

В своем личном опыте с применением телемедицины сталкивались только 43 % опрошенных. При этом достаточно большое количество опрошенных (57 %) хотели бы поучаствовать в одном из телемедицинских проектов.

И одним из главных преимуществ является быстрое и удобное получение своих медицинских документов в электронном виде. Больше половины (67 %) хронических пациентов (давно и много болеющих) получают свои заключения, направления на исследования, информацию по больничным листам и другим своим медицинским документам в электронном виде.

При поднятии вопроса о возможности внедрения телемедицинских технологий в практическую медицину было выявлено следующее: только 20,3 % опрошенных считают это реально возможным, 25,2 % маловероятным, 54,5 % считают это невозможным.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что телемедицина как форма медицинской помощи объективно являются наиболее востребованными для населения вследствие достаточно широкой распространённости заболеваний, состоянием санитарно-эпидемиологической обстановки в стране, неудовлетворённости уровнем медицинской помощи, доступной по месту жительства. Абсолютное большинство опрошенных довольно положительно склоняются к внедрению телемедицинских технологий и воспринимают их как способ улучшить состояние здравоохранения.

Исходя из этого, необходимо рассмотреть введение лекционного курса по телемедицине на занятиях со студентами, практикующими врачами, а также в системе последипломного образования врачей. Возникает потребность более широкого внедрения телемедицинских консультаций в практическую деятельность медицинских работников, что, в свою очередь, позволит расширить возможности получения консультаций от ведущих специалистов медицинских центров не только в России, но и за её пределами.

Список литературы

1. Казинов В. А. Дистанционное обучение в медицине – новые возможности образования. // Информационные технологии в здравоохранении. 2018. № 6. С. 30–31.
2. Нужно к врачу? Включи компьютер. [Электронный ресурс] // ЭКСПЕРТ, 2019. URL: «Эксперт»: последние новости России сегодня (expert.ru) (дата обращения: 15.10.2022).
3. Рынок телемедицины в России: перспективы развития цифровой медицины [Электронный ресурс] // ДЕЛОВОЙ ПРОФИЛЬ, 2021. URL: Рынок телемедицины в России: перспективы развития цифровой медицины – аналитические материалы Группы «ДЕЛОВОЙ ПРОФИЛЬ» (delprof.ru) (дата обращения: 15.10.2022).

4. Современное состояние развития телемедицины в России: правовое и законодательное регулирование. [Электронный ресурс] // e-LIBRARY – Научная электронная библиотека. Петрова Р. Е., Соловьев А. А., 2019. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38212617> (дата обращения: 15.10.2022).

5. Социальные установки на потребление услуг телемедицины у пациентов и врачей [Электронный ресурс] // e-LIBRARY – Научная электронная библиотека. Захаров Д. А., 2021. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16164122> (дата обращения: 15.10.2022).

УДК 31.019.51

ПОТЕНЦИАЛ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Подуруева-Милоевич Виктория Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Россия создала устойчивую базу для своего дальнейшего экономического, политического и морального потенциала, продемонстрировала свою способность отстаивать и защищать свои интересы на международной арене, противодействовать внешним угрозам и вызовам в условиях антироссийских санкций, направленных на подрыв экономической и политической системы России.

Являясь одной из ведущих мировых держав, со своей многовековой историей, традициями, развитой системой нормативно-правовых актов, демократическими институтами, отстаивающая интересы федерализма, защищающая свой конституционный строй, суверенитет, самобытность от внешних и внутренних вызовов, РФ проводит свою самостоятельную политику по обеспечению государственной защиты и национальной безопасности, принимает эффективные меры по укреплению государственного строя. Действенная ценность этой защиты заключается в представлении уровня цивилизованности общества и воплощении в жизнь принцип обеспечения прав и свобод человека и гражданина, который, согласно Конституции Российской Федерации, является высшей ценностью государства [1].

Результаты и обсуждение. Россия акцентировала свои усилия на повышение роли и значения гражданского общества и его институтов в государственных делах в целях обеспечения социальной стабильности, согласия, терпимости и уважения традиций для предотвращения угрозы национальной безопасности. Российская Федерация проводит открытую, рациональную и прагматичную внешнюю политику, исключая дорогостоящую конфронтацию в целях защиты национальных интересов.

В 2020 году не только Россия, но и весь мир столкнулся с угрозами и вызовами, отличными от политических и экономических. Катаклизмы современного общества имеют глубокие корни. Прежде всего, это экологические проблемы. Результаты научно-технического прогресса повлияли на глобальный климат. Нашей планете угрожает глобальное потепление. Дисбаланс многополярного мира, который привел к созданию ядерного, биологического, а также и эпидемиологического оружия, представляет собой реальную угрозу безопасности всего мирового общества. Пандемия корона вируса захватила весь мир, в том числе и в России. Огромное количество инфицированных людей, больных Covid-19 и тысячи смертей указывают на серьезную глобальную эпидемиологическую проблему. Отличительной чертой организации здравоохранения, с кадровой точки зрения, является высочайшая специализация медицинских кадров и в то же время взаимозависимость различных профессиональных групп. Это не только требует коллективного подхода к выполнению стоящих перед организацией задач, но и создает дополнительные трудности и стрессовые ситуации, которые руководству медицинских организаций приходится преодолевать. В связи с этим во всем мире были введены строгие карантинные меры, обязательные и необходимые для всех лиц.

В этой чрезвычайной ситуации, несомненно, важную роль играют институты гражданского общества, нацеленные на привлечение к сотрудничеству в целях развития устойчивых отношений во взаимосвязи государства и гражданского общества [2] и деятельность добровольцев, которые в координации с государственными и местными властями формировали общественные движения по борьбе с пандемией корона вируса. Представители общественности проводили разъяснительную работу с гражданами, которые не соблюдали режим самоизоляции, во избежание нарушений закона, осуществляя свой гражданский долг на безвозмездной основе.

Эти и другие социально значимые акции представляют патриотизм российского гражданского общества и помогают правоохранительным органам в обеспечении охраны жизни, здоровья, санитарного благополучия и спокойствия общества в целом. Все это способствует переосмыслению роли гражданского общества в противодействии угрозам, также угрозам в обеспечении национальной безопасности, в том числе противодействие угрозам в сфере здравоохранения [3].

Обоснованно сказать о том, что в последние годы основной вектор деятельности и самоорганизации гражданского общества направлен на обеспечение баланса общественных и частных интересов, взаимодействие органов государственной власти, укрепление общественных ценностей. В этой связи, очевидно, что значимость и вовлечение гражданского общества в развитии страны, несомненно, возрастает.

Выводы. Общественный контроль во всех сферах общественной жизни, начиная с контроля управленческих решений и заканчивая окончательным информированием об этих решениях всех членов общества, можно считать одним из наиболее значимых форматов такого участия. Формируется новый концептуальный подход и стандарты участия гражданского общества в жизни государства. Целью такого участия является вовлечение гражданского общества в разработку стратегических проектов и проведение поэтапного мониторинга их реализации. В принятии важнейших государственных решений должны участвовать эксперты из общества, прежде всего из числа ученых и практиков.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 01.07.2020 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ, 01.07.2020, № 31, ст. 4398.
2. Подуруева-Милоевич В. Ю., Данакари Р. А. Формирование гражданского общества и политики государства в современной России // Вестник ПАГС. 2022. № 4. С 69–72.
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. В. С. Лучкевич «Основы социальной медицины и управления здравоохранением» // СПбГМА. – 1997. № 1. – С. 26.

УДК 65.012.7

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГБУЗ «ВОЛГОГРАДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» ЗА ПЕРИОД 2019–2021 гг. С УЧЕТОМ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Поплавская Полина Андреевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к. э. н. Ситникова Светлана Евгеньевна

Введение. Целью деятельности государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградского областного патологоанатомического бюро» (далее учреждение) является

выполнение работ, оказание услуг для обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти Волгоградской области в сфере здравоохранения.

Предмет деятельности – прижизненная диагностика заболеваний, установление причин смерти. Основной вид деятельности – «патологическая анатомия».

Для обеспечения выполнения основного вида деятельности ГБУЗ «ВОПАБ» осуществляет:

- 1) диагностику заболеваний по биопсийному, операционному, секционному материалу путем проведения макро- и микроскопического и других исследований;
- 2) установление причины и механизма смерти больного;
- 3) анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами посредством сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов с обязательным обсуждением результатов во врачебных коллективах учреждений здравоохранения, а также в соответствующих органах управления здравоохранением;
- 4) подготовку и проведение клинико-патологоанатомических конференций, лечебно-контрольных конференций и комиссий по исследованию летальных исходов в медицинских организациях;
- 5) срочное извещение органов здравоохранения о впервые выявленных онкологических заболеваниях, острозаразных, в том числе особо опасных заболеваниях, в установленном порядке.

Цель исследования. Целью данной исследовательской работы было на основе анализа деятельности ГБУЗ «ВОПАБ» определить проблемы, с которыми столкнулось учреждение в период COVID-19 и выявить сильные стороны организации, предпринимаемые меры, которые помогли справиться с трудностями.

Материалы и методы. При написании работы были проанализированы основные документы, такие как план финансово-хозяйственной деятельности учреждения; отчет о выполнении государственного задания; отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности (баланс); штатное расписание учреждения.

Результаты и обсуждение. Основным плановым финансовым документом, в котором отражаются объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, выделяемых из бюджета Волгоградской области на содержание учреждения, а также распределение средств от платной деятельности является план финансово-хозяйственной деятельности.

ГБУЗ «ВОПАБ» для осуществления своей деятельности с 2018 года по 2020 год имел следующие источники финансирования: средства областного бюджета; средства от приносящий доход деятельности (платные услуги). В 2021 году в учреждении появился новый источник финансирования – средства обязательного медицинского страхования.

В связи со сложившейся ситуацией при работе в условиях новой коронавирусной инфекцией COVID-19 учреждение вынуждено было решить ряд проблем:

- организовать прием тел умерших в специализированные инфекционные отделения,
- организовать разделение и дальнейшее исследование поступающего операционно-биопсийного материала от пациентов с диагнозом COVID из медицинских учреждений,
- изменить маршрутизацию операционно-биопсийного материала и тел умерших из медицинских учреждений в патологоанатомические отделения,
- обеспечить специализированными средствами индивидуальной защиты работников,
- перераспределить нагрузку на медицинский персонал выполняемого объема с учетом дефицита специалистов.

Для решения сложившихся проблем были в кратчайшие сроки приняты следующие меры:

- перепрофилированы три структурных подразделения в инфекционные для работы в условиях новой инфекции,
- был перераспределён кадровый медицинский состав с учетом работы по новому графику и с учетом сложившегося объема работ,

- на выделенные дополнительные денежные средства из областного бюджета Волгоградской области учреждение в ограниченные сроки осуществляло закупки дополнительных средств индивидуальной защиты для работников (одноразовые специализированные костюмы, маски, бахилы и т. д.),
- было закуплено и установлено оборудования – специализированные холодильные камеры в пяти структурных подразделениях. Для этих целей были выделены дополнительные средства из областного бюджета Волгоградской области.

Так же для материального стимулирования медицинских работников были предоставлены из федерального и областного бюджетов денежные средства на выплаты надбавок работникам, работающим в условия новой инфекции COVID-19.

Выводы. В данной работе произведен анализ деятельности учреждения в условиях сложной санитарно-эпидемиологической обстановки. Освещены проблемы с материально техническим и финансовым обеспечением при выполнении показателей государственного задания бюджетного государственного учреждения здравоохранения, также представлены пути решения проблем. В заключение следует отметить, что работать стабильно учреждению в нестандартной ситуации позволили следующие факторы: своевременная финансовая поддержка государства на федеральном и областном уровне; грамотная расстановка приоритетных задач администрацией учреждения в финансово-хозяйственной деятельности, направленные на стабилизацию работы всего учреждения в условиях новой инфекции COVID-19.

Список литературы

1. Официальный сайт ГБУЗ «Волгоградское областное патологоанатомическое бюро». – Текст : электронный – URL: <http://vorab.ru/> (дата обращения: 21.10.2022).
УДК: 614.253.52:316.334:616.988

АНАЛИЗ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сагдеева Аделя Ринатовна, Глебова Анастасия Павловна,
Шаповалова Марина Александровна

Россия, Астраханский государственный медицинский университет

Введение. Россия в 2020 году столкнулась с проблемой глобального масштаба, возникновением новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Данная ситуация привела к принятию срочных мероприятий в сфере здравоохранения, включая модернизацию, повышение заработной платы медицинскому персоналу, материально-технического оснащения и мер профилактики. В связи с распространением инфекции значительная нагрузка легла в частности и на средний медицинский персонал.

Статья посвящена оценке статистического опроса среднего медицинского персонала работавшего в COVID-госпитале на территории Астраханской области в условиях новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

В декабре 2019 года была зафиксирована первая вспышка коронавирусной инфекции COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 в китайском городе – Ухань. В России первые случаи зафиксированы в Тюмене и Чите 31.01.2020 года. 30 января 2020 года эта вспышка была объявлена Всемирной организацией здравоохранения чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, а 11 марта – пандемией.

Все регионы нашей необъятной страны пострадали от данной формы инфекции. Особенностью коронавирусной инфекции COVID-19 является длительный инкубационный период и бессимптомное течение заболевания у большого числа пациентов, способных заражать окружающих.

Происходит быстрое поражение большей части легких, что ведет к тяжелому выздоровлению, сопряженному с высоким риском смерти и большим количеством осложнений. В зоне риска оказывается большая часть населения с хроническими заболеваниями, особенно люди пожилого и старческого возраста [1–4].

Сложившаяся чрезвычайная ситуация послужила пусковым механизмом к срочному принятию мер в системе здравоохранения Российской Федерации. Необходимо было в сжатые сроки построить и оборудовать ковидные госпитали. Провести обучение большого количества врачей и среднего медицинского персонала на циклах повышения квалификации по профилактике и лечению новой коронавирусной инфекции.

Работники здравоохранения были погружены в совершенно новые, малоизученные, тяжелые физически и психологические условия работы.

Мы провели анализ, основываясь на анкетировании среднего медицинского персонала Covid-госпиталя Астраханской области, так как работа среднего медицинского персонала, наравне с работой врачей, является важным компонентом на пути к выздоровлению пациентов.

Цель: оценка социальной эффективности работы среднего медицинского персонала в COVID-госпитале города Астрахани.

К задачам относился анализ факторов, влияющих на социальную эффективность работы среднего персонала в условиях работы COVID-19.

Материалы и методы. Для оценки социальной эффективности работы среднего медицинского персонала в COVID-госпитале города Астрахани был использован социологический метод.

Результаты и обсуждение. Объектом исследования являлись медицинские сестры ковидного госпиталя, среди которых 18,5 % медицинских сестер имели возраст 20–24 лет, 7,4 % – 25–29 лет, 18,5 % – 30–44 лет, 7,4 % – 35–39 лет, 22,2 % – 45–49 лет и 11,1 % – 50–54 лет. Среди анкетированных 48 % медицинских сестер имели стаж работы свыше 10 лет, 37 % – менее 5 лет и 15 % – стаж 5–10 лет. 48% медицинских сестер работали без категории, 37 % имели высшую категорию, 11 % – первую категорию и 4 % – вторую категорию. На базе ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России прошли обучение более восьми тысяч специалистов здравоохранения. Из них 52 % врачи и 48 % медицинские сестры. В период пандемии медицинские сестры прошли цикл повышения квалификации «Коронавирусная инфекция COVID-2019: актуальные вопросы для специалистов со средним медицинским образованием».

41 % медицинских сестер принимали участие в организации обсерватора при новой коронавирусной инфекции в COVID-госпитале. У 51 % медицинских сестер мотивирующим компонентом к работе в COVID госпитале было желание оказывать медицинскую помощь больным, 45 % хотели иметь возможность получить хорошую заработную плату, 3% медицинских сестер имели личный мотив и 1 % отметили другую причину (считали это долгом медицинского работника). 85 % опрошенных медицинских сестер ответили, что стимулирующая надбавка соответствовала Постановлению Правительства РФ, оставшиеся 15 % опрошенных только трудоустроились в ковидный госпиталь и пока еще не получали никакие денежные выплаты.

В связи с пандемией и переходом медицинских сестер в совершенно не привычные для них условия работы они были подвержены психологическому воздействию. 63 % медицинских сестер работающих в COVID-госпитале испытывали стрессовые ситуации [5–8].

Выводы. В итоге проведенной работы можно сделать следующие выводы:

- что большая часть медицинских сестер удовлетворены работой в Covid-госпитале;
- 63 % указали на возникновение частых стрессовых ситуаций. Это говорит о том, что необходимо обеспечивать психологическую поддержку на всех этапах работы медицинского персонала;
- большую роль в подготовке к работе медицинских сестер в Covid-госпитале сыграло обучение на циклах повышения квалификации в рамках непрерывного медицинского образования в ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России.

Список литературы

1. Огуль Л. А., Анопко В. П., Шаповалова М. А. Планирование стратегий ЛПУ / Наука Красноярья. – 2012. – № 5. – С 60–68.
2. Шаповалова М. А., Анопко В. П. Профессиональная культура как фактор формирования нового персонала ЛПУ / Сестринское дело. – 2010. – № 7. – С. 18–19.
3. Горелова Н. В., Огуль Л. А., Шаповалова М. А. Хронометраж работы сестринского персонала в клиническом родильном доме / Экономика здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 54–57.
4. Корецкая Л. Р., Шаповалова М. А. Стационарная медицинская помощь в неврологической практике как медико-экономическая проблема / Альманах клинической медицины. – 2013. – № 29. – С. 52–55
5. Черкасов С. Н. Оценка значимости мотивационных установок к труду у участковых медицинских сестер / С. Н. Черкасов, А. Р. Сараев // Сестринское дело (научный выпуск). – 2010. – № 7. – С. 20–24.
6. Шаповалова М. А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения монография / М. А. Шаповалова; Астрахан. гос. мед. акад. Астрахань 2003.
7. Шаповалова М. А. Социально-экономические аспекты воспроизводства населения / Экономика здравоохранения. – 2004. – № 4. – С. 12–16.
8. Дерябина Н. Н., Шаповалова М. А. К вопросу о качестве медицинской помощи / В книге: Труды астраханской государственной медицинской академии. Тезисы докладов 87-й итоговой научно-практической конференции сотрудников академии, врачей города и области. – 2010. – С. 12.

УДК 378.172

СПОСОБЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНТА

Чигринова Екатерина Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Вынужденный переход на дистанционную форму обучения большого количества дисциплин в высшем образовании выявил ряд проблем и вопросов о способах поддержания здоровья преподавателей. На фоне происходящих изменений в способе проведения занятий, опорно-двигательная и зрительная системы подверглись колоссальной нагрузке.

Цель. Определить и описать возможные способы поддержания здоровья преподавателя в условиях дистанционной формы работы.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- установить режим рабочего времени преподавателя;
- выделить и охарактеризовать основные проблемы здоровьесбережения преподавателя в условиях дистанта;
- перечислить меры профилактики нарушения работы опорно-двигательной и зрительной систем.

Материалы и методы. Опрос среди преподавателей ВолгГМУ позволил выявить основные проблемы, требующие внимания.

В процессе проведения онлайн-занятий преподаватели сталкиваются как с психологическими, так и физиологическими проблемами. Отсутствие зрительного контакта, длительное пребывание в сидячем положении отрицательно влияют на здоровье. Рассмотрим режим рабочего времени преподавателя Вуза в условиях дистанта:

- подъем в 6–7 утра;

- начало работы, которая длится в среднем 6-8 часов, в зависимости от нагрузки преподавателя;
- наличие короткого перерыва между занятиями (10–15 минут);
- окончание занятий, подготовка к следующему рабочему дню, написание научных статей, выполнение методической работы.

Рабочий день преподавателя проходит в сидячем положении перед компьютером, камера и микрофон постоянно включены. Домашнее задание, проверяемое в начале занятия, требует большой концентрации внимания от преподавателя. Общеизвестно, что «Необходимость вглядываться в экран телефона приводит к ухудшению физического состояния, так как максимальная нагрузка приходится на глаза, спину» [1, с. 8]. В этой связи важно обеспечить удобство и безопасность личного пространства во время работы, особенно стоит обратить внимание на следующие факторы:

1. Правильное положение спины. Врачи-остеопаты рекомендуют:

- сесть удобно и ненапряженно;
- держать позвоночник прямо живот подтянуть, плечи развести, голову поднять;
- локти обеих рук расположить на столе, плечи на одном уровне;
- поставить стопы на пол (или на подставку).

2. Глаза. Дистанционная работа и учеба ведут к росту нагрузки на глаза.

Ежедневно большое количество времени мы проводим перед экраном компьютера или телефона. Преподаватели проводят онлайн-занятия, проверяют работы студентов (фото, видео файлы, текстовые документы). В то время как в аудитории происходит постоянное переключение фокуса зрения: взгляд переводится с одного предмета на другой, что позволяет снять напряжение с глаз.

Результаты и обсуждения. Для создания комфортной рабочей атмосферы дома необходимо делать постоянные перерывы, проветривать комнату, поддерживать необходимый уровень влажности (40–60 %), делать упражнения для профилактики болей в спине, уделять время гимнастике для глаз.

Выводы. Успех рабочего процесса зависит не только от опыта преподавателя, но и от его здоровья. Необходимо распространить информацию о способах профилактики нарушений работы опорно-двигательной и зрительной систем.

Список литературы

1. Игнатенко О. П., Фатеева Ю. Г. Несколько слов о проблемах дистанционного обучения иностранных студентов в вузах России / О. П. Игнатенко, Ю. Г. Фатеева // Вестник Тульского государственного университета. Серия: Современные образовательные технологии в преподавании естественнонаучных дисциплин. – 2020. – № 1 (19). – С. 7–10.

2. Рубцова И. В., Кубышкина Т. В., Лукшина Н. В. Осанка. Средства и методы оценки и коррекции Учебно-методическое пособие подготовлено на кафедре физического воспитания Воронежского государственного университета. – 2008. – 11 с.

УДК 614.1

О СОБЛЮДЕНИИ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шаповалова Ирина Евгеньевна

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

Введение. Чуть больше трех лет назад мировое сообщество столкнулось с проблемой, которая охватила весь мир – пандемия коронавирусной инфекции COVID-19. COVID 19 – инфекционное заболевание, вызванное новым видом коронавирусов, которым человек предположительно

заразился от животных. Распространяется вирус воздушно-капельным и контактными путями при кашле и чихании, рукопожатии, через предметы [1].

В связи с отсутствием в начале пандемии средств специфической профилактики (вакцин) основным способом защиты граждан от инфицирования коронавирусом стало соблюдение мер предосторожности, направленных на разрыв «механизма» передачи инфекции: мытье рук, использование антисептиков, медицинских масок, перчаток, соблюдение «социальной» дистанции и др. [1, 2]. Согласно результатам систематического анализа и мета-анализа, соблюдение социальной дистанции в 1 м и более, использование лицевых масок, респираторов и защита глаз являются важными мерами профилактики инфицирования коронавирусом [3]. Однако, необходимость применения мер предосторожности и личная ответственность за инфекционную безопасность и распространение вируса до сих пор являются темами для обсуждения в обществе [4].

Цели и задачи: изучить распространенность COVID-19 и приверженность граждан к соблюдению мер предосторожности в условиях пандемии COVID-19 в Республике Калмыкия.

Материалы и методы: анализ статистических данных о распространении COVID-19 из открытых источников; социологическое исследование по специально разработанной анкете на тему «Меры безопасности во время пандемии».

Результаты и обсуждение. Согласно статистическим данным за период пандемии с 2020 по 2022 гг. число заражений COVID-19 на 100000 населения в Республике Калмыкия (РК) превышает аналогичные показатели как по Российской Федерации (РФ) в целом, так и по соседним с РК субъектам РФ (Волгоградская область, Астраханская область, Ставропольский край). Количество умерших на 100000 населения в РК также выше, чем в России и соседних регионах [5, 6].

Одной из причин сложившейся неблагоприятной ситуации с заболеваемостью COVID-19 в РК может быть несоблюдение гражданами мер предосторожности. Для проверки данной гипотезы проведен опрос на тему «Меры безопасности во время пандемии» 60 жителей трудоспособного возраста г. Элиста.

Результаты опроса показали, что 15 % опрошенных жителей г. Элисты соблюдали меры безопасности во время пандемии, 9 % – не соблюдали, а остальные 76 % отметили, что у них не всегда получается соблюдать эти меры.

Всегда обрабатывали купленные вещи, продукты после того, как приходили домой 44 % опрошенных, 41 % респондентов обрабатывали в начале пандемии, 12 % делали это время от времени и 3 % никогда не обрабатывали вещи и продукты.

Самый простой и доступный метод защиты – медицинскую маску – постоянно носили 23 % опрошенных, 62 % респондентов использовали её только в людных местах, а остальные 15 % жителей признались, что не носили маску вообще.

Большинство респондентов (80 %) считают неэффективными введенные в РК меры ограничения, а 20 % считают, что они приносят больше вреда, чем сам вирус.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали низкую приверженность граждан к соблюдению мер предосторожности в условиях пандемии COVID-19, что свидетельствует о низком уровне гигиенической грамотности людей и их социальной ответственности. Необходимо регулярно проводить разъяснительную работу с населением для повышения их информированности о доступных и эффективных мерах предосторожности, препятствующих распространению инфекционных заболеваний.

Список литературы

1. Методические рекомендации МР 3.1.0170-20 (в редакции МР 3.1.0175-20 «Изменения № 1 в МР 3.1.0170-20 «Эпидемиология и профилактика COVID-19», утвержденных Роспотребнадзором 30.04.2020)
2. Е. Г. Камкин. «Временные методические рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации, профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» – Версия 13. (от 14.10.2021 г.)

3. Chu DK, Akl EA, Duda S, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020;395(10242):1973-1987. doi:10.1016/S0140-6736(20)31142-9.

4. Российский медицинский журнал, 2020. Электронная версия https://www.rmj.ru/blog/Viktor_Lebedev/effektivnost-i-effektnost-mer-protiv-koronavirusa/.

5. Статистические данные по заболевшим в России и Калмыкии: <https://yandex.ru/covid19/stat#statistics-table>.

6. Официальная информация о коронавирусе в России: <https://стопкоронавирус.рф>.

УДК 378.1004

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

**Шаталов Александр Дмитриевич, Хацко Владимир Власович,
Дудин Александр Михайлович, Межаков Сергей Васильевич,
Фоминова Наталия Владимировна**

Россия, ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. На современном этапе характерным является возрастающий поток информации, взаимопроникновения разных культур, необходимость обработки большого количества знаний в разных областях деятельности человека. Современная реформа образования направлена на сокращение периода обучения студентов, изменения содержания образования, углубление знаний студентов, индивидуализацию и дифференциацию обучения [5, 3].

В условиях военного конфликта и COVID-пандемии неизбежна новая форма обучения – дистанционная, которая основана на применении современного мультимедийного оборудования, интернет-технологий, инновационных образовательных программ. При дистанционном обучении (ДО) объединены преимущества виртуального и традиционного образования. В настоящее время известны международная система электронного обучения e-learning с помощью сети Интернет и мультимедиа (США, Франция, Япония и др.).

Цель работы – изучить возможности применения дистанционного обучения в медицинском вузе (по данным литературы).

Результаты и обсуждение. При ДО субъекты разделены в пространстве и, возможно, во времени, передача и восприятие информации происходит виртуально, что обеспечивается специальной системой организации учебного процесса, разработкой учебных пособий, с применением электронных или других коммуникационных технологий [5, 2]. ДО позволяет удовлетворить индивидуальные потребности каждого человека в обучении, без жёсткой привязки к территории и во времени, субъективности оценки результатов обучения.

Авторы выделяют несколько отличий ДО от традиционного обучения [5, 1]:

- ДО привлекает тех, кто не может присутствовать на занятиях из-за удалённости места жительства или нехватки времени;
- повышает посещаемость лекций и занятий за счёт просмотров записей и онлайн-участников;
- можно иметь доступ к видеозаписям и электронным материалам после лекции;
- обеспечивает возможность выбора индивидуального содержания обучения; – обеспечивает экономичность и доступность образования для всех граждан, в том числе маломобильных и социально-незащищённых;
- стимулирует самостоятельную познавательную деятельность студента;
- даёт возможность выбора индивидуального темпа обучения;
- привлекает новых слушателей, даёт им возможность в свободное время присоединиться к online-занятию.

При ДО могут быть применены различные модели обучения:

- очная форма в сочетании с дистанционной;
- сетевое обучение (курсы или виртуальные школы, кафедры, университеты);
- сетевое обучение с кейс-технологиями.
- обучения с применением видеоконференцсвязи.

Дистанционная модель обучения предусматривает передачу информации в специальной виртуальной информационно-образовательной среде (ИОС).

В ДО чаще всего применяют следующие средства [5, 4]: образовательные web-сайты; бумажные и электронные учебные издания; компьютерные обучающие системы (тренажёры, электронные учебники и др.); сетевые курсы; учебные аудио- и видеоматериалы; электронные библиотеки; голосовая почта; односторонние видеотрансляции, многосторонние видеотелеконференции; технические и программные средства коммуникационных и информационных технологий.

На современном этапе накоплен большой опыт применения технологий ДО преподавателями вузов, но он нуждается в переосмыслении. Широко используется система дистанционного обучения Moodle, которая отличается гибкостью, надёжностью, богатством функционала и простотой применения. Её можно применять как платформу для информационных материалов для студентов (планов занятий, электронных документов для изучения, вопросов для подготовки к зачёту или экзамену, списка литературы и др.) Эту систему можно использовать для организации коллективной и групповой работы студентов (чатов, форумов, видеоконференций и др.) и для подготовки проведения компьютерных тестов с анализом результатов; для быстрого решения с преподавателем возникающих у учащихся вопросов (пропуск занятий и т. д.); для структурирования и систематизации материала по дисциплине [6, 3]. При этом можно увеличить скорость обучения, повысить информационную насыщенность тем занятий, оперативно осуществить контроль знаний студентов. Система позволяет использовать особенности студентов, как представителей цифрового поколения, для достижения максимальных результатов в обучении.

Выделяют некоторые трудности применения дистанционных технологий в медицинском вузе [3, 1]: организация совместной работы студентов; разработка качественного электронного материала и интерактивных дидактических материалов по дисциплинам; налаживание систематической эффективной обратной связи между преподавателем и студентами; мотивация преподавателей и студентов к применению ДО; сохранение авторского права созданных электронных учебных пособий, курсов, образовательных ресурсов и др.; улучшение и обновление материально-технической базы вуза; увеличение количества учебно-вспомогательного персонала вуза при применении инновационных технологий; узаконивание ДО наравне с классическим занятием в аудитории; освоение необходимых практических навыков. Практические навыки целесообразно осваивать в очном формате обучения в специализированном учебном центре.

Выводы. Таким образом, дистанционное обучение в медицинском вузе является вынужденной мерой в условиях COVID-19 или военного конфликта. Однако студенты получают необходимые навыки работы с электронной информацией; развивают и формируют необходимые компетенции, получают навыки самостоятельной работы, чтобы в будущем быть востребованными специалистами. Несмотря на достоинства современных дистанционных технологий в обучении, широкое их практическое применение сдерживают указанные трудности.

Список литературы

1. Борозда И. В. Дистанционное обучение студентов медицинского вуза в условиях пандемии COVID-19 / И. В. Борозда // Вестник АмГУ. – 2021. – Вып. 94. – С. 77–81.
2. Возможности информационно-образовательной среды медицинского вуза в период пандемии COVID-19 / А. Д. Шаталов, Н. Е. Моногарова, В. В. Хацко [и др.] // Вестник скорой помощи. – 2022. – № 1 (3). – С. 76–80.
3. Дронова Е. Н. Технология дистанционного обучения в высшей школе: опыт и трудности использования / Дронова Е. Н. – Преподаватель XXI век. – 2018. – № 3. – С. 26–34.

4. Ельский И. К. Социальные сети в системе высшего медицинского образования / И. К. Ельский, Н. Л. Смирнов, В. А. Васильев / Университетская клиника. – 2020. – № 2 (35). – С. 145–148.

5. Марчук Н. Ю. Психолого-педагогические особенности дистанционного обучения / Н. Ю. Марчук // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 4. – С. 78–85.

6. Цаллагова Л. В. Применение инновационных технологий в процессе обучения студентов на кафедрах хирургического профиля / Л. В. Цаллагова, Л. В. Майсурадзе, Л. С. Попова. – Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 5–1. – С. 141–144.

УДК 338.2, 334.7

ПРИНЦИП ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ И COVID-19: УРОКИ ФРАНЦИИ

Черноуцан Елена Михайловна

Россия, Москва, Национальный исследовательский институт мировой экономики и международных отношений им. Е. М. Примакова РАН,
Московский государственный лингвистический университет
к. э. н., старший научный сотрудник, доцент

Введение. Пандемия COVID-19 убедительно подчеркнула уязвимость Франции в области национального здравоохранения, в основе которой лежит комплекс нерешенных серьёзных структурных проблем (возрастающая технологическая зависимость от иностранных производителей, недостаточный уровень финансирования сферы научных исследований, организационный кризис, правовое регулирование и др.). В результате, Франция, несмотря на достижения и авторитет всемирно известного *Института Пастера (Institut Pasteur)*, лидирующие позиции компании *Sanofi Pasteur* в области разработки и производства вакцин и масштабную финансовую поддержку её деятельности по созданию вакцины против *COVID-19* со стороны ведущих индустриальных стран (США, Великобритания и др.), пока остается без собственной вакцины.

Цель нашего исследования на примере Франции, показать специфику действия «*Принципа предосторожности*» в современных условиях санитарного кризиса, связанного с *COVID-19*, периода неопределенных рисков и необходимости принятия быстрых решений на всех уровнях (от государственных органов власти до рядового гражданина).

Результаты и обсуждение. Важнейшая причина поражения Франции в конкурентной гонке за вакциной против *COVID-19* – жесткое административное регулирование предпринимательской и инновационной деятельности, что отрицательно сказывается на развитии многих секторов национального хозяйства, особенно отраслях, тесно связанных со здравоохранением. Серьезным законодательным и бюрократическим барьером является так называемый *Принцип предосторожности (Precautionary principe или Principe de précaution)*, который, по мнению многих экспертов, стал тормозом для многих новаторских инициатив.

Выбор Франции не случаен:

1. Франция – одно из самых зарегламентированных государств развитого индустриального мира (бесчисленное количество различных законодательных и административных регламентаций, норм, правил и др., в 2015 г. их насчитывалось около 400 000 ед.) [1, p. 11]. В глобальном рейтинге конкурентоспособности за 2019 г. среди 141 стран Франция занимает 15-е место, в том числе 115 место по такому показателю как *Административная нагрузка на предприятия (Burden of government regulation)* [2, p. 222–224].

2. Франция – одна из тех немногих стран, в которой *Принцип предосторожности* приобретает конституционный характер. Напомним, *Принцип предосторожности* был введен в мировую правовую практику в 1992 г. (*Декларация Рио-де-Жанейро по окружающей среде и развитию от 14 июня 1992 г.*) как защитная мера от разных видов экологических рисков, связанных

с новыми направлениями промышленного, научно-технологического и инновационного развития. В 2004 г. во Франции принимается *Хартия по окружающей среде (La Charte de l'environnement)*, которая становится составной частью Конституции V Республики, закрепляя наряду с гражданскими, политическими и социально-экономическими правами экологические права и обязанности граждан, организаций и властей, а именно, «право жить и развиваться в сбалансированной и благоприятной для здоровья человека окружающей среде» [3, р. 19]. Среди основных рычагов по реализации этих прав и обязанностей – Статья 5 Хартии, закрепляющая *Принцип предосторожности*, а именно: «*в том случае, когда нанесение даже неопределенного (пока недоказанного научными исследованиями) ущерба может представлять серьёзную и необратимую угрозу для окружающей среды, государство, руководствуясь «принципом предосторожности» должно принять предварительные и соразмерные меры, чтобы избежать данного риска»* [3, р. 21].

Почти двадцатилетняя конституционная история принципа предосторожности во Франции показала, что он по-прежнему остается предметом острых дискуссий среди ученых, предпринимателей и государственных деятелей. Включение данного принципа в Конституцию страны (что было, в частности, спровоцировано жаркими спорами вокруг скандальных тем того времени – гормоны роста, коровье бешенство, заражение СПИДом при переливании крови и др.) вызвала решительный протест среди большинства авторитетных ученых из Академии Наук Франции. По мнению ученых, «данная инициатива может повлечь за собой непредвиденные эффекты, способные привести к разрушительным последствиям для будущих достижений в области благосостояния, здравоохранения и окружающей среды» [3, р. 21].

3. Французская практика показала, что опасения многих ученых оправдались. «Если сам принцип предосторожности заслуживает похвалы, отмечает Филипп Каен (Ph. Caen), дух осторожности, который он развил, стал катастрофическим... Выражение «принцип предосторожности» использовалось ошибочно и повсеместно, в том числе по темам, не имеющим отношения к научным и техническим знаниям... Франция теряет лидерство в клинических испытаниях в области диабета, сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний из-за отсутствия свободы для инновационной деятельности. Кроме того, из-за административных сложностей во Франции наблюдается снижение числа пациентов на многих этапах клинических исследований» [4].

4. Пандемия *COVID-19* еще более обострила противоречия, связанные с конституционным режимом применения *Принципа предосторожности*. Опыт Франции наглядно показал особое значение новых подходов к решению таких противоречивых и актуальных проблем:

- Как найти оптимальное сочетание между мерами предосторожности и мерами профилактики. В отличие от профилактики, которая имеет дело с известными рисками, *Принцип предосторожности* – это принцип действия в условиях возможных и неопределенных рисков. Борьба с *COVID-19* – яркий пример сложного сочетания профилактики и мер предосторожности.

Выводы. *Принцип предосторожности* – это, прежде всего, инструмент государственной политики по защите от разных видов рисков. Становится ли он административной ловушкой и тормозом для поиска новых прорывных научных решений, клинических испытаний и разработок? Ясно, в современных условиях антирисковая деятельность государственных властей требует новых законодательных подходов и переоценки.

Список литературы

1. Bourdu E., Souchier M., Réglementation, normalization: leviers de la compétitivité industrielle / P.: Presses des Mines, 2015. P. 11.
2. The Global Competitiveness Report 2019. World Economic Forum. P. 222–224. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf (дата обращения 14.10.2022).
3. La France et le développement durable: dossier /Regards sur l'actualité, P. 2004, N 302. P. 19, 21.
4. Caen Ph. Opinion : Covid : comment le principe de précaution a tué le vaccin français. Les Echos le 27 janv. 2021
5. URL: <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/opinion-covid-comment-le-principe-de-precaution-a-tue-le-vaccin-francais-1284832> (дата обращения 14.10.2022).

УДК 316.77

СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПУБЛИЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шкуратова Мария Владимировна

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

Введение. Двухлетний период пандемии COVID-19 предоставил возможность национальным системам здравоохранения некоторую «свободу выбора» в собственном пути реагирования на общие предписания и регламентации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), связанные с профилактикой инфекций и борьбы с ними, обязательным лабораторным тестированием, информированием о рисках, предоставлением инструментов обзора национального потенциала системы здравоохранения, наличием протоколов клинических методов лечения и протоколов вакцинопрофилактики [1]. С началом пандемии ВОЗ были разработаны временные методические рекомендации и инструктивные предписания, определяющие планирование, регламент и форму проведения массовых мероприятий [2], в том числе имеющих публичный характер и предполагающих организацию переговорного процесса.

Цель и задачи. Рассмотреть специфику организации публичных мероприятий в условиях рекомендаций связанных с эпидемическим распространением COVID-19, а также выявить новые формы и способы организации коммуникативного процесса публичных мероприятий.

Материалы и методы. Методология представленного исследования основана на применении диалектического метода и системного анализа. Материалом исследования послужила рандомная выборка информационного оповещения о проведении публичных мероприятий в период с мая 2020 по октябрь 2022 гг. (в частности, международных-практических конференций, семинаров, краткосрочных обучающих курсов для целевой аудитории студентов и преподавателей медицинских Вузов).

Результаты и обсуждение. Современные привычные формы массовых публичных мероприятий претерпели ряд принципиальных изменений в условиях эпидемиологических ограничений COVID-19. В первую очередь, изменился принцип информационного оповещения о планируемом публичном мероприятии. В частности, помимо даты и места проведения публичного мероприятия, информационный референс должен включать «условия присутствия» и «допуска» к участию в публичном мероприятии – обязательная термометрия, наличие справки о вакцинации или перенесенном заболевании, ограничение численности участников, исходя из возможностей их рассадки на расстоянии. Приведенные обязательные эпидемиологические требования к проведению публичных массовых мероприятий предопределили стремительную популяризацию альтернативного формата коммуникации и взаимодействия. Благодаря широкому распространению информационно-коммуникационных технологий форма участия в публичных мероприятиях, начиная с 2020 года, изменилась и приобрела «смешанный формат», что подразумевает реальное публичное или непубличное участие спикеров с применением дистанционных технологий для масштабирования и охвата всех желающих присоединиться к участию.

В большинстве своем, за период пандемии организация публичных мероприятий усилила тенденцию к проведению онлайн трансляций с учетом технических ограничений по регламенту длительности проведения и численности доступа участников популярных видео платформ:

- Zoom (до 40 минут и до 100 участников),
- VooV-Meeting (без ограничения времени и до 300 участников),
- Google Meet (до 60 минут и до 100 участников),
- Skype (без ограничения времени и до 100 участников),
- Яндекс-телемост (без ограничения времени и до 40 участников),

- Видеозвонки Mail.ru (без ограничения времени и до 100 участников),
- Видеозвонки ВКонтakte (без ограничения времени и до 2048 участников),
- онлайн сервисов для сторонней видеотрансляции реальных публичных мероприятий – VK Live и OK Live.

Кроме того, технические возможности записи и хранения онлайн трансляций публичных мероприятий смешанного формата позволяют пролонгировать доступ к общей информационной повестке и самому мероприятию, что также расширяет численный охват участников, даже после завершения мероприятия.

Выводы. Новые реалии эпидемиологических ограничений COVID-19 на начальном этапе вызвали много споров вокруг продуктивности публичных мероприятий в смешанном формате. Однако, постепенная адаптация к новым условиям позволила найти существенный ряд плюсов. Если говорить о международных переговорах и конференциях, то именно смешанный формат может стать новой формой эффективного сотрудничества для многосторонних переговоров на глобальном, региональном и межинституциональном уровнях. Возможности дистанционного участия в публичных мероприятиях в условиях пандемии – это прежде всего гарантия безопасного общения участников, расширение географии спикеров и существенная экономия транспортных расходов организаторов/участников, а также возможности доступа к информационной повестке после завершения мероприятия.

Список литературы

1. Timeline: WHO's COVID-19 response // World Health Organization – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!> (дата обращения: 05.10.2022).
2. Временное руководство ВОЗ от 29.05.2020 «Основные рекомендации по планированию массовых мероприятий в контексте COVID-19» // Консультант плюс – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_354463/ (дата обращения: 05.10.2022).

УДК 378.14

ДИНАМИКА АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шкуратова Мария Владимировна

Старший преподаватель, к. э. н.

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

Введение. 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].

Результаты и обсуждение. 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 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.

Выводы. 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 378:371.84

ВЛИЯНИЕ ВНЕУЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
НА РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Бабаева Севиндж Эльхан кызы, Малова Дарья Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д. м. н., профессор Аджиенко Всеволод Леонидович

Введение. С каждым годом у общества возрастает потребность в высокоэффективных специалистах, способных оценить собственные возможности и проанализировать результаты своей деятельности. Здоровые рассуждения, а также знания, умения и навыки рассматриваются как показатель профессиональной подготовки врача, что является преимуществом в условиях современной конкуренции [1].

Новый взгляд на проблему формирования профессиональных и общекультурных компетенций будущего специалиста заключается в том, что дистанционное обучение в последние годы привело к дефициту как командных форм обучения в учебном процессе, так и внеучебной деятельности, однако их необходимость для будущей медицинской профессии весьма значима [2].

Цель и задачи. Определить влияние различных видов внеучебной деятельности на формирование профессиональных компетенций и создание общей воспитательной среды у будущих медиков.

Материалы и методы. Анализ научных статей на основе отечественных источников из ядра РИНЦ.

Результаты и обсуждение. Постоянное повышение качества подготовки специалистов медицинских Вузов является одной из актуальных проблем, которые стоят перед системой высшего образования [3]. Профессия врача предполагает развитое коллегиальное взаимодействие в таких системах, как: «врач-пациент», «врач-родственники пациента», «врач-младший/средний медперсонал», «врач-врач». Как показывает практика, появление профессионализма человека происходит не только в процессе традиционного обучения, но и в его участии во внеучебной деятельности, что стимулирует к постановке новых целей и задач. Рациональное сочетание учебной и внеучебной нагрузки помогают студенту создать благоприятные условия для устойчивой познавательной мотивации, компетенций по конкретной специальности, а также достижений предполагаемых результатов [4].

Так, например, участие студентов в научной деятельности повышает их уровень знаний не только по одному предмету изучения, но и на других дисциплинах, а также эффективность сдачи экзаменов и прохождение производственной практики. Это объясняется как глубоким усвоением изучаемого материала, так и повышенным интересом к клиническому случаю научной работы. Научная деятельность прокладывает путь студента не только в профессию, но и в специальность, стимулирует творческий вклад в процесс обучения, личностную инициативу и свободу развития [5].

С другой стороны, студенты, активно проявляющие себя в волонтерской деятельности, стирают все «барьеры» на пути к эффективной коммуникации, повышают уровень доверия, социальные навыки, тем самым формируются социально-личностные компетенции [6]. Это можно

объяснить тем, что профессионализм врача складывается не только из его знаний, умений и навыков, но и из способности и готовности реализовать знания, личностные качества, опыт в профессиональной и социальной сфере, а также осознавать общественную значимость и личную ответственность за результаты своей деятельности [3].

Рассматривая эффективность обучения при одновременной трудовой деятельности, то в данных обстоятельствах большинство студентов предпочитают работу по специальности, объясняя это желанием получить дополнительные практические познания и навыки по специальности, тем самым расширив свои уже имеющиеся профессиональные умения. Трудовая деятельность в какой-то степени приумножает также организованность, ответственность и дисциплину в период экзаменационной сессии, хотя данная особенность носит в большей степени авраль-ный, но не систематический характер [7].

Выводы. Таким образом, научная и волонтерская деятельность студентов согласно выбранной ими специальности повышают интерес и мотивацию студентов к обучению, а также достижению поставленных задач. Внеучебная командная работа способствует получению профессиональных и общекультурных компетенций, которые необходимы выпускникам медицинских вузов для будущей успешной трудовой деятельности.

Список литературы

1. Тихонова Е. П., Сергеева И. В., Кузьмина Т. Ю., Андропова Н. В., Зотина Г. П., Тюшевская О. А. Значение самоэффективности для формирования компетентности врача // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. – 2018. – Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – С. 458–461.
2. Гагаев С. А., Шепелев Н. М. К вопросу об эффективности способов обучения в современном медицинском вузе // БМИК. 2019. № 10.
3. Лигецкая И. В., Хитёва С. А., Ковзова Е. И., Павлюкевич А. Н., Орехова Н. И. Внеучебная деятельность студентов при формировании социально-личностных компетенций у студентов на кафедре патологической физиологии ВГМУ // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. – 2018. – Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – С. 415–420.
4. Амиров А. Ф., Коньшина Ю. Е., Трусов С. В. Повышение эффективности обучения студентов медицинского вуза на основе их группового взаимодействия // Современное педагогическое образование. – 2022. – № 6 – С. 134–139.
5. Победенная Г. П., Ярцева С. В., Скиба Т. А., Куликова Р. С., Сиротин В. И., Мирошникова Е. Студенческая наука – важное направление повышения эффективности обучения будущего врача // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. – 2018. – Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – С. 429–432.
6. Губанов В. С., Сухарукова О. В., Охупкина Л. П. Пути повышения качества подготовки студентов-медиков // Смоленский медицинский альманах. 2015. № 2.
7. Алексеенко С. Н., Гайворонская Т. В., Дробот Н. Н. Трудовая занятость студентов-медиков как фактор, влияющий на формирование будущего врача // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 2.

УДК 378.046.04:321.011+314

СИСТЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СУВЕРЕНИТЕТА ГОСУДАРСТВА

Бабенко-Сорокопуд Ирина Вячеславовна

Донецкая Народная Республика, ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО,
кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО
Научный консультант: д. мед. н., профессор, зав. кафедрой Чайка Владимир Кириллович

Введение. Система последипломного профессионального образования связана с необходимостью непрерывного повышения квалификации специалистов в современных социально-демографических условиях. Особую значимость последипломное профессиональное образование имеет в медицинской отрасли, в частности в охране репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи.

Цель: система последипломного профессионального образования как перспектива в обеспечении демографического суверенитета государства.

Материалы и методы. Анализ статистических данных Республиканского Центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР.

Результаты и обсуждение. Анализ статистических республиканских данных, результатов анкетирования девочек и девушек-подростков позволил выявить проблемы со стороны соматического здоровья, распространенность рискованных форм половых взаимоотношений, слабые репродуктивные установки при низком уровне сексуальной культуры, что наносит непоправимый вред репродуктивному здоровью и требует развитие профессиональных компетенций врачей [1, 2]. На данный момент упразднена специальность – «детский гинеколог». Но, специалисты с профильными знаниями по гинекологии детского и подросткового возраста должны быть в каждой медицинской организации, которая занимается проведением профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и/или оказывает помощь по профилю «акушерство и гинекология» несовершеннолетним (до 18 лет включительно). Выявление гинекологической патологии у детского населения значительно выше в тех городах и районах, где продолжают работать врачи, имеющие специализацию по детской гинекологии, которые постепенно осваивают специальность «акушерство и гинекология» на курсах профессиональной переподготовки [3, 4]. Поэтому так важно развитие профессионализма врачебных кадров по вопросам репродуктивного здоровья путем освоения теоретических знаний и практических навыков в системе последипломного образования на основе компетентностно-ориентированного подхода. Тематические курсы усовершенствования «Актуальные вопросы гинекологии детского и подросткового возраста» в системе последипломного образования для врачей смежных специальностей актуальны.

Клинические и научные исследования гинекологической патологии у детского населения – приоритетные для кафедры. Разработаны и внедрены алгоритмы лечебно-профилактических мероприятий у девочек-подростков с фоновыми заболеваниями шейки матки, с нарушением менструальной функции (НМФ) на фоне поликистоза яичников, нервной анорексии, психоэмоциональных расстройств, дисплазии соединительной ткани, ростового скачка, объемных образований яичников, в т.ч. у девушек-подростков группы риска с негетеросексуальным поведением, а так же ближайшие и отдаленные результаты эндохирургического лечения, возможности циклической витаминно-фитотерапии в коррекции НМФ. Под патронатом сотрудников кафедры с 1992 г. по настоящее время более 60 тысяч юных пациенток прошли успешное стационарное лечение в отделении детской и подростковой гинекологии на базе Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства, которое является III уровнем аккредитации оказания специализированной помощи, учебно-клинической базой врачей и внедрения современных научных технологий.

Научно-методический подход на последипломном этапе высшего профессионального образования на кафедре предусматривает реализацию компетентностно-ориентированной образовательной программы. В результате освоения учебной дисциплины «Актуальные вопросы гинекологии детского и подросткового возраста» на последипломном этапе высшего профессионального образования слушатели повышают компетенции в: умении эффективно решать профессиональные врачебные задачи на основе знаний и закономерностей становления женской репродуктивной системы для осуществления контроля за правильным развитием девочки, девушки-подростка; своевременном выявлении нарушений и оказании медицинской помощи с использованием знаний об общих закономерностях и механизмах их возникновения; профилактической деятельности.

Перспективно охватить подготовкой на курсах тематического усовершенствования «Актуальные вопросы гинекологии детского и подросткового возраста» врачей следующих специализаций: «акушерство и гинекология», «хирургия», «педиатрия», «терапия», «эндокринология», «сексология», «семейная медицина».

Выводы. Поддержание высокой квалификации врачей в системе последипломного образования – залог успешности профессиональной деятельности. Усовершенствование врачами-слушателями теоретических знаний и практических навыков по направлению охраны репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи позволит: повысить качество здоровья девочек, девушек-подростков и реализовать репродуктивную и социализирующую функцию в будущем; снизить число детей, находящихся в социально опасном положении; сформировать устойчивые тенденции в традиционной полоролевой социализации несовершеннолетних; повысить число рождаемости, росту числа семей, имеющих двух и более детей.

Таким образом, сохранение репродуктивного здоровья посредством системы последипломного профессионального образования перспективно и играет большую роль в обеспечении демографического суверенитета.

Список литературы

1. Чайка В. К. Программа мер по охране репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи в Донецком регионе / В. К. Чайка, И. В. Бабенко-Сорокопуд // Медико-социальные проблемы семьи. – 2021. – Т. 26, № 2. – С. 5–13.
2. Бабенко-Сорокопуд И. В. Медико-социальные проблемы формирования репродуктивного поведения девушек-подростков группы риска / И. В. Бабенко-Сорокопуд // Медико-социальные проблемы семьи. – 2021. – Т. 26, № 1. – С. 59–65.
3. Чайка В. К. Возможности профильного стационара в лечении аномальных маточных кровотечений пубертатного периода / В. К. Чайка, И. В. Бабенко-Сорокопуд // Медико-социальные проблемы семьи. – 2022. – Т. 27, № 1. – С. 5–13.
4. Яковлева Э. Б. Здоровье детей-подростков и молодежи как репродуктивный потенциал нации / Э. Б. Яковлева [и др.] // Медико-социальные проблемы семьи. – 2017. – Т. 22, № 1. – С. 19–21.
5. Актуальные вопросы гинекологии детского и подросткового возраста : учебное пособие / И. В. Бабенко-Сорокопуд, А. А. Железная, Э. Б. Яковлева [и др.] ; под ред. В. К. Чайки. – Донецк : «Цифровая типография», 2022. – 288 с. – Текст : непосредственный.

УДК 378.1

**ВЫЯВЛЕНИЕ ДВИЖУЩИХ СИЛ И СИЛ СОПРОТИВЛЕНИЯ
ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ВолгГМУ
К ВНЕДРЕНИЮ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Верле Ольга Владимировна

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

Введение. Внедрение бережливого производства в медицинских организациях обусловлено реализацией национального проекта «Здравоохранение». В связи с этим актуализируется вопрос подготовки медицинских кадров, владеющих бережливыми технологиями. Прежде всего, для реализации этой задачи необходима подготовка и профессорско-преподавательского состава (ППС) в области бережливых технологий [1].

Цель работы. Анализ факторов, формирующих движущие силы и силы сопротивления у профессорско-преподавательского (ППС) состава по отношению к внедрению бережливых технологий в систему медицинского образования на основе SWOT-анализа.

Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд задач:

- провести опрос ППС ВолгГМУ о возможности внедрения бережливых технологий в систему медицинского образования;
- провести анализ силового поля и SWOT-анализ;
- разработать рекомендации по внедрению бережливых технологий в систему медицинского образования.

Материалы и методы. Основной метод получения информации – использование Google-форм – анкетирование. Для проведения исследования была разработана анкета, в которой приняли участие профессорско-преподавательский состав ВолгГМУ в возрасте от 18 лет. Опрос проводился в период с 16.05.2022 г. по 23.05.2022 г., всего в опросе приняли участие 182 человека. Результаты исследования были представлены в форме аналитического отчета, содержащего результаты обработки ответов респондентов на вопросы, а также выводы и рекомендации.

Результаты и обсуждение. Для выявления причины движущих сил и сил сопротивления у ППС к внедрению бережливых технологий в систему медицинского образования использовалась методика анализа силового поля, интегрированного в трехэтапную теорию изменения Курта Левина [2]. Интерес к вопросам групповой динамики привел данного ученого к исследованиям факторов, влияющих на человека в процессе анализа силового поля, интегрированного в трехэтапную теорию изменений.

При анализе ответов респондентов, были выделены движущие силы, побуждающие у ППС ВолгГМУ интерес к «бережливым технологиям» в системе медицинского образования, факторы, препятствующие этому интересу – силы сопротивления, и факторы, помогающие преодолеть сопротивление ППС «бережливым технологиям». К движущим, побуждающим силам (+) можно отнести:

- Желание ППС повысить компетенции в области бережливых технологий;
- Поощрения ППС за приобретение новых компетенций;
- Бесплатное обучение бережливым технологиям;
- Частичное внедрение (СОПы и другие технологии, работающие в практическом здравоохранении);

- Различный акцент на различных факультетах.

К силам сопротивления, ограничивающим силам (-) можно отнести:

- Слабое владение инструментами бережливого производства;

- Нежелание сотрудников обучаться и применять навыки на практике;
- Негативная позиция сотрудников и их низкая мотивация;
- Особенность медицинского образования;
- Перегрузка преподавателей;
- Недостаточное материально-техническое обеспечение;
- Недостаток времени;
- Финансирование и бюрократия.

По результатам исследования наибольшее значение для преодоления сопротивления имеет дополнительное информирование ППС о возможностях применения методов и инструментов бережливых технологий. Для повышения интереса ППС к бережливым технологиям необходимо разработать поэтапную модель вовлечения преподавателей. Такими этапами могут стать экскурсии в существующие проектные офисы и личное знакомство с лидерами изменений в профессорско-преподавательской среде, руководителями уже существующих проектов в области бережливых технологий в нашем вузе.

Выводы. Для перехода к изменениям необходимо либо увеличить количество факторов – движущих сил, либо нивелировать влияние тех аспектов, которые вызывают сопротивление изменениям. Кажется целесообразным использовать результаты проведенного исследования для снижения значимости факторов, вызывающих сопротивление у ППС, по отношению к началу внедрения и изучения бережливых технологий. Это возможно осуществить путем проведения информационной кампании, направленной на снижение значимости факторов, обозначенных ППС как препятствующие началу внедрения бережливых технологий в систему медицинского образования

Список литературы

1. 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.
2. Крайнюк И. М., Николаева А. А. Сопротивление изменениям в образовательной организации. Вестник университета. 2018; 10: 151–154. DOI: 10.26425/1816-4277-2018-10-151-154.

УДК 159.922.2+159.922.8+378.06

ПРОБЛЕМА ПРОГУЛОВ ЗАНЯТИЙ СТУДЕНТАМИ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

Волчанский Михаил Евгеньевич

доктор социологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Кондратьев Геннадий Владимирович

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Куликов Владимир Сергеевич

заведующий учебной лабораторией кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Введение. Отсутствие на занятиях может быть, как по уважительной, так и по неуважительной причине. К первым относят пропуски, которые подтверждаются документально: болезнь, смерть близкого родственника, вызов в государственные учреждения (суд, военкомат), участие в вузовских мероприятиях (с допуска к ним деканата) и др. Пропуск занятий студентами

без уважительной причины называется прогулом и относится к отклоняющемуся поведению. Он совершается исключительно по желанию студента и может быть связан с другими девиациями.

Как отмечал Э. Эриксон в современном обществе, большей части молодёжи разрешены и законодательно закреплены отсрочки в принятии ими ролей взрослых. Этот временной период он обозначил, как *психосоциальный мораторий*, который в большинстве развитых стран институционализирован в форме системы высшего образования. Это дает возможность студентам попробовать различные социальные и профессиональные роли, до того, как они решат на чем сделать окончательный выбор. В это время молодые люди пытаются зарабатывать, устраивать свою личную жизнь, заниматься различными делами – все это может приводить к пропуску занятий и, как следствие, неуспеваемости [5].

Цель. Проанализировать проблему прогулов занятий студентами, как одну из форм отклоняющегося поведения.

Материалы и методы. Анализ пропусков учебных занятий студентами на основе опыта преподавания дисциплин «Психология отклоняющегося поведения» и «Общая психология».

Результаты и обсуждение. Изучение проблемы пропусков занятий студентами, которое осуществляется в течение всего обучения по специальности «Клиническая психология»: здесь приводятся результаты, полученные в ходе преподавания дисциплин «Психология отклоняющегося поведения» и «Общая психология», которые схожи с данными исследователей, как в Российской Федерации, так и за рубежом [1, 4, 6, 7]. Это говорит в пользу существования характерных для нашего времени стереотипов (*secular trend*), причин непосещения занятий и одной из главных является круглосуточный доступ к электронной информации, что вселяет в современных студентов уверенность в том, что нужные знания можно получить и не присутствуя на занятиях. Так результаты исследований за 2020–2021 и 2021–2022 учебные годы показали, что исследуемых можно разделить на три группы: 1) активные студенты, старающиеся посещать все занятия и лекции (22 человека – 30,5 %); 2) периодически пропускающие занятия (47 студентов – 65,3 %); 3) злостные прогульщики (3 человека – 4,2 %).

Вторую группу можно условно (из-за возможного сочетания особенностей) разделить на три части:

1. Чаще не посещаются занятия по предметам, которые не нравятся студентам, они не связывают его со своей дальнейшей работой и/или не нравится преподаватель, форма подачи учебного материала, а информацию по данному предмету предпочитают получать в электронном виде (18 человек из 47 – 38,3 %).

2. На втором месте стоят прогулы предметов, расписание которых по мнению студентов, проживающих далеко от аудитории, неудачно (первая пара, пара, оказавшаяся в данный день в единственном числе и т. п., что отмечалось у 16 человек из 47, что составило – 34 %).

3. Третье место, на наш взгляд, имеют специфичные для медицинского вуза пропуски занятий студентами, выбравшими профессию по компенсаторному механизму (имеющие хроническое заболевание, у которых отмечается более быстрая утомляемость, метеозависимость и др.). Эту группу обучающихся, с кратковременным ухудшением состояния здоровья без наличия справок, составили 13 человек из 47 (27,7 %).

У трех человек хронически прогуливающих занятия, отсутствовал устойчивый интерес к учебе. Это могло быть вызвано недостатком профориентационной работы до поступления в вуз, навязыванием специальности родителями, потерей интереса в процессе учебы, появлением проблем, имеющих большее значение для студентов чем учеба и многое другое. Как показывают исследования, получение нелюбимой специальности и работа по ней, способствуют профессиональному выгоранию [2].

Анализ данных за 2020–2021 и 2021–2022 учебные годы показал, что на пропуски занятий без уважительной причины повлияла и пандемия, вызванная «Новой коронавирусной инфекцией Covid-19»: в тех случаях, когда занятия проходили в дистанционной и очной форме пропуски объяснялись студентами боязнью заразиться (это не достигало уровня мизофобии, а скорее

имело характер «отговорки»), плохим самочувствием, имевшим место контактам с больными людьми и другими причинами, что не подтверждалось официальными документами.

Также следует отметить, что для современных студентов, изучающих предмет «Психология отклоняющегося поведения» в частности, стала характерна определенная двойственность. С одной стороны – знание природы различных девиаций, их возникновений и проявлений; с другой – следование моде, самоутверждение, в том числе при помощи различных форм отклоняющегося поведения [3].

Выводы. В сложившихся условиях преподавателям становится все сложнее организовывать процесс обучения и привлекать внимание студентов: круглосуточный доступ к электронной информации и возможность студентов обмениваться нужными данными, в том числе, которые отсутствуют на официальных сайтах, при помощи электронных носителей. Изменились организационная и содержательная стороны образовательного процесса, когда студенты могут посещать лекции, вебинары и другие дистанционные, учебные и информационные мероприятия, проводимые известными учеными и преподавателем, в таких условиях, уже не является непререкаемым авторитетом.

Для успешной профилактики прогулов учебных занятий студентами должна проводиться более глубокая профориентационная работа до поступления в Вуз. В медицинских учебных заведениях в учебно-воспитательном процессе необходимо делать больший акцент на увеличении ответственности, что особенно важно для будущей работы в сфере здравоохранения и показательным здесь является посещаемость занятий и лекций.

Список литературы

1. Абабкова М. Ю., Леонтьева В. Л. Нейромаркетинг в образовании: возможности и вызовы новых технологий // Конфликтология: Ежеквартальный научно-практический журнал. – № 1. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2016. – 284 с. – С. 221–242

2. Кондратьев, Г. В. Юношеский возраст в современном социуме как проблема преподавания дисциплины «Психология отклоняющегося поведения» / Психология и социальная работа в современном здравоохранении [Текст]: материалы III Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 15-летию факультета социальной работы и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 83–85.

3. Мандель, Б. Р. Приглашение к дискуссии о причинах прогулов и пропусков занятий / Борис Рувимович Мандель // Образовательные технологии. – № 1. – 2014. – С. 102–117.

4. Suárez, M. M. Impact of absenteeism on academic performance under compulsory attendance policies in first to fifth year university students / Mariano Méndez-Suárez, Natividad Crespo-Tejero // Revista Complutense de Educación. – 2021. – Jul. – Cn. 627–637. – URL: https://www.researchgate.net/publication/355115289_Impact_of_absenteeism_on_academic_performance_under_compulsory_attendance_policies_in_first_to_fifth_year_university_students (Дата обращения: 19.10.2022).

УДК 65.012.7

СТУДЕНЧЕСКИЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ И ПРОЦЕССОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Корченкина Ангелина Дмитриевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д. м. н. Аджиенко Всеволод Леонидович

Современная государственная политика имеет четкое направление на реализацию молодежной политики. Закладывает ее основы, а именно политику, направленную на решение комплексных задач в сфере образования, науки, здравоохранения, коммуникации, культуры и спорта,

взаимодействия с молодежными общественными объединениями, волонтерство и пр., для лиц в возрасте от 14 до 35 лет.

Так как обучение в системе высшего медицинского образования имеет более продолжительный срок относительно немедицинских специальностей, то реализация молодежной политики в стенах высшего медицинского учебного заведения становится наиболее важной и актуальной задачей. Самой распространённой формой реализации этой программы является организация студенческих объединений самоуправления, подразумевающая участие студентов в управлении процессом образования.

Важным структурным объединением студенческого управления является студенческий совет. Задачами работы которого является воспитательная деятельность, направленная на формирование духовно-нравственных ценностей, патриотизма, обеспечение социальной защиты студентов, развитие научно-исследовательского потенциала, приобщение к здоровому образу жизни и развитие личностных качеств студентов.

Структура студенческого совета делится по видам деятельности и осуществляется по двум направлениям.

- Студенческий совет факультетов задействован в организации учебно-воспитательного процесса с деканатами факультетов.

- Студенческий совет, координирующий работу всех клубов университета разной направленности: научных, спортивных, литературных, социальных, организационных и прочих досуговых направлений.

Привлекая студентов к организации управления университетом, мы имеем возможность эффективно использовать потенциал развития молодежи.

Молодое поколение, находящееся в стадии формирования основных жизненных ценностей и ориентиров, является легко манипулируемым, поддающимся соблазнам.

Целью работы студенческого самоуправления является воспитание будущих медицинских работников эрудированными, всесторонне развитыми, высококультурными, толерантными и социально активными личностями, квалифицированными специалистами.

Корректировка формирования мировоззрения у студентов начинается еще до начала обучения. В этой важной работе задействованы специально обученные студенты старших курсов – кураторы. Именно благодаря их работе происходит адаптация первокурсников и их интеграция в жизнь вуза. Они направляют, рассказывают, разъясняют структуру вуза, знакомят с внеобразовательной деятельностью студентов, организуют встречи и знакомство будущих одногруппников, поддерживая первокурсников в начале обучения.

В структуре управления университетом можно выделить старост. Назначение старост групп происходит на основе решения деканата факультета. А выбор старост потока и курса – путем открытого голосования старост групп.

Староста является связующим звеном в системе организации воспитательного и учебного процесса между студентами и деканатом, управлением университета. Старосты не просто выносят и озвучивают на проводимых еженедельных старостатах, проблемы организации образовательного процесса, но и предлагает средства и методы их решения. Содействует развитию студенческого самоуправления, формирует у обучающихся командный дух, параллельно развивая в себе навыки управленческой деятельности, коммуникативные и другие надпрофессиональные навыки.

Работа студентов в научно-исследовательских объединениях позволяет реализовывать возможности для дальнейшего профессионального развития в области науки, способствует раскрытию потенциала студентов для совершения открытий.

Нельзя недооценивать и влияние участия студентов в творческих объединениях, ведь помимо эстетической и досуговой функции, развитие творческих способностей будущих специалистов взаимосвязано с воображением. С помощью воображения человек способен «проигрывать»

сценарии различных ситуаций, в том числе конфликтных, отрабатывая в своих фантазиях различные варианты возможного будущего, помогающие ему принять верное решение.

С целью повышения качества и продолжительности жизни, приобщения как можно большего числа студентов к здоровому образу жизни, на базе университета работают спортивные секции, формируются сборные команды и проходят соревнования.

При оценке результатов деятельности студенческого совета можно оценивать количество проводимых мероприятий и конференций, студентов, привлеченных к самоуправлению и участию во внеучебной деятельности, их достижения, награды, гранты и открытия.

Таким образом, активная деятельность студентов в управлении университетом и процессе образования посредством их вступления в студенческие объединения формирует будущих врачей, обладающих не только профессиональными знаниями и навыками, но и независимым мышлением, проявляя высокую культуру, в том числе и межнационального общения. Обладающих высоким уровнем ответственности и способностью самостоятельного принятия решений. Все эти качества позволяют успешно интегрировать молодых специалистов в рабочую среду и повышают их роль в жизни государства.

Список литературы

1. Кондратьев, Г. В. Юношеский возраст в современном социуме как проблема преподавания дисциплины «Психология отклоняющегося поведения» / Психология и социальная работа в современном здравоохранении [Текст]: материалы III Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 15-летию факультета социальной работы и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – С. 83–85.

2. Мандель, Б. Р. Приглашение к дискуссии о причинах прогулов и пропусков занятий / Борис Рувимович Мандель // Образовательные технологии. – № 1. – 2014. – С. 102–117.

УДК 380.112

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА

Ласачко Светлана Анатольевна, Железная Анна Александровна,

Вустенко Виталина Васильевна, Бабенко-Сорокопуд Ирина Вячеславовна

Россия, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Научный руководитель: член-корр. НАМНУ, д. м. н., профессор Чайка Владимир Кириллович

Введение. Современные требования к преподаванию на последипломном уровне немислимы без форматирования педагогического процесса с целью формирования у обучающихся определенных компетенций, которые являются не просто суммой знаний, умений и навыков, но качественно новой единицей, позволяющей обучающимся в будущем успешно выполнять свои профессиональные функциональные обязанности. Данная концепция является чрезвычайно актуальной в последипломном обучении врача акушера-гинеколога. С одной стороны, это дает огромный качественный скачок в результатах образования. Но, с другой стороны, на практике в реализации компетентностного подхода могут возникать определенные трудности. Меняется роль преподавателя: акцент смещается с подачи информации на направление процесса обучения на решение практических задач акушерства и гинекологии. Все вышеперечисленное повышает требования как к обучающемуся, так и к преподавателю: к теоретической подготовке, умению проанализировать ситуацию и применить имеющиеся знания [1]. Кроме того, такой подход формирует лучшую мотивацию к обучению на основе более осознанного отношения врачей к процессу обучения [2, 3].

Целью данной работы было проанализировать собственный опыт применения компетентностного подхода в последипломном обучении акушеров-гинекологов.

Задачи:

- оценить роль преподавателя в формировании профессиональных компетенций (ПК);
- определить наиболее оптимальные методики преподавания, позволяющие усовершенствовать процесс формирования компетенций у обучающихся.

Материал и методы. Достижение поставленной цели и решение сформулированных выше задач достигалось путем применения входного тестирования, анкетирования, итогового тестирования и анкетирования у 52 слушателей, а также анонимного анкетирования 8 преподавателей курса повышения квалификации по специальности «Акушерство и гинекология» на кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии факультета интернатуры и последипломного образования.

Результаты и их обсуждение. Основная сложность последипломного обучения состоит в том, что преподаватель имеет дело с уже сформировавшейся личностью, формирование ПК в значительной мере зависит от того базового уровня знаний, который усвоен будущим врачом на студенческом этапе. Чрезвычайно важным является наличие преемственности обучающих программ до- и последипломного образования [4, 5, 6].

Результаты входного тестирования обучающихся показали довольно неплохой уровень теоретической подготовки: от 68 % до 97 %, в среднем 84,6 %. Результаты анкетирования продемонстрировали определенную растерянность и недостаточную информированность обучающихся на тему понятия и формирования компетенций. Путем анкетирования также выясняли отношение обучающихся к предлагаемым методикам интерактивного обучения (дискуссия, мозговой штурм, разбор клинических случаев, деловые игры, отработка практических навыков) [7]. Такие методики вызвали интерес у большинства: 82,7 % слушателей, остальные 17,3 % отметили, что могут испытывать робость и стеснение при таких видах работы. При этом реферативной форме подготовки отдали предпочтение 44,2 %.

На итоговом тестировании средний показатель правильных ответов составил 93,2 %. Результаты итогового анкетирования продемонстрировали положительную оценку преподавания с точки зрения компетентностного подхода и использования интерактивных методик у 96,2 % слушателей.

Среди преподавателей 100 % хорошо ориентировались в понятии «компетентностный подход в образовании» и отметили, что применение интерактивных методик повышает творческую активность и мотивацию обучающихся, а также готовность применения данных методик в процессе обучения. Однако, 25 % преподавателей отметили, что хотели бы чувствовать большую уверенность и иметь больше опыта в применении интерактивных методик обучения. 100 % преподавателей посчитали полезным проведение педагогических тренингов по интерактивным методам обучения.

Таким образом, претерпевающая сложные изменения современная система высшего образования в медицине ставит перед преподавателем и обучающимся новые задачи и новые требования. Их реализация воспринимается положительно как преподавателями, так и обучающимися.

Выводы. Постоянные динамические изменения в задачах системы образования предъявляют новые требования к активизации процесса обучения и развития творческого потенциала специалистов, что в корне меняет подходы к способу получения знаний и умению их применять на практике, и делает классическую систему образования, имеющую, безусловно, целый ряд положительных моментов, устаревшей. Задача последипломного образования в медицине – не только передавать достаточно большие объемы готовых знаний специалистам, не только выработать практические навыки применения этих знаний, но сформировать у обучающихся качественно новые единицы, подразумевающие способность применять полученные знания и навыки на практике: определенные компетенции. Это побуждает искать совершенно иной подход

к организации последипломного образования, коренным образом меняющий систему взаимоотношений между преподавателем и врачом-интерном/ординатором/слушателем. Преподаватель становится квалифицированным консультантом по разрешению возникших проблем. Врач-интерн/ординатор/слушатель становится активным участником учебного процесса. Это позволяет добиться повышения эффективности как учебного процесса, так и повышения профессионализма выпускников.

Список литературы

1. Безрукова В. С. Педагогика: Учебное пособие / В. С. Безрукова. – Рн/Д: Феникс, 2018. – 381 с.
2. Водопьянов В. С. ВПС: Психология и педагогика. Конспект лекций в схемах / В. Водопьянов. – М.: Приор, 2017. – 96 с.
3. Бережнова Л. Н. Этнопедагогика: Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / Л. Н. Бережнова, И. Л. Набок, В. И. Щеглов. – М.: ИЦ Академия, 2018. – 240 с.
4. Бим-Бад, Б. М. Психология и педагогика: Просто о сложном: Популярные очерки и этюды / Б. М. Бим-Бад. – М.: МПСУ, МОДЭК, 2018. – 144 с.
5. Богачкина, Н. А. Педагогика и психология: Учебное пособие / Н. А. Богачкина, С. Н. Скворцова, Е. Г. Имашева. – М.: Омега-Л, 2017. – 233 с.
6. Бордовская, Н. В. Педагогика: Учебное пособие / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. – СПб.: Питер, 2018. – 304 с.
7. Гагарин А. В. Психология и педагогика высшей школы. Курс лекций, учебно-методические материалы и рекомендации, рабочие тетради / А. В. Гагарин. – М.: МЭИ, 2016. – 240 с.

УДК 378.147: 61-057.875

РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Терещенко Ирина Валерьевна, Зубенко Инна Валерьевна,
Поважная Елена Станиславовна

Россия, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Современная действительность столкнула донецкий регион с целым рядом вызовов политического, экономического, медико-биологического, гуманитарного характера. Военные события, экономические санкции, безработица, пандемия COVID-19 окончательно изменили жизнь людей, поменяли требования ко всем ее сферам. Как никогда остро встал вопрос подготовки высококвалифицированных врачей разных специальностей, в том числе, обладающих глубокими, современными теоретическими и практическими знаниями в области восстановительной медицины, медицинской реабилитации (МР). Базовая подготовка студентов, формирование профессиональных компетенций являются важнейшим аспектом, определяющим качество и эффективность реабилитационных мероприятий, позволяющим **самостоятельно** реализовывать реабилитационный потенциал пациента, разрабатывать индивидуальные реабилитационные программы, использовать в практической деятельности новейшие инновационные технологии, компьютерные программы, механоаппараты, робототехнику, физиотерапевтическое стационарное и портативное оборудование и др. Актуальны слова Левитана К.М.: – «...именно качество образования, и, в первую очередь, высшего, все более определяет уровень развития государств, становится стратегической областью, обеспечивающей их национальную безопасность и научно-экономический потенциал» [1]. Данные тенденции позволили сформулировать и реализовать новые принципы и особенности процесса обучения студентов-медиков в ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский

университет им. М. Горького». Введение, как вынужденной меры, режима очно-дистанционного и дистанционного обучения (ДО), создание информационного образовательного ресурса «Информационной образовательной среды (ИОС)», повсеместное внедрение современных интерактивных методов преподавания, активных форм обучения позволили успешно отработать данную технологию, ее возможности с учетом специфики медицинского вуза.

Цель. Проанализировать и показать роль электронных образовательных ресурсов, в частности электронных учебных пособий в процессе дистанционного обучения на кафедре медицинской реабилитации, лечебной физкультуры Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Материалы и методы. В работе использовались эмпирические методы, анализ эффективности педагогических программных средств преподавания, которые применяются на кафедре медицинской реабилитации, лечебной физкультуры (ЛФК) в процессе дистанционного режима обучения студентов-медиков, анкетирование.

Обучение студентов лечебных и медицинского факультетов ГОУ ВПО ДОННМУ им. М. Горького на кафедре медицинской реабилитации, лечебной физкультуры (ЛФК) осуществляется поэтапно, в рамках кредитно-модульной системы. Первый этап (7–8 семестры) посвящен современным основам МР, а также ее аспектам – психологическому, физическому, профессиональному и социально-экономическому, основам физиотерапии (ФТ), спортивной медицины и врачебного контроля (ВК), ЛФК и оздоровительной физкультуры. Для его освоения отводится 108 часов учебного времени, из них 10 часов – лекции, 60 часов практических занятий, 38 часов – самостоятельная работа студентов (СРС). На втором этапе (11–12 семестры) обучения студенты знакомятся с синдромальным подходом в применении физических факторов при различных заболеваниях и травмах, для этого предусмотрено – 72 часа учебного времени, для практических занятий – 22 час, для СРС отводится 50 часов.

Результаты и обсуждение. Успешное технологическое и техническое (компьютерный класс кафедры, интернетизация вуза, наличие персональных стационарных компьютеров, ноутбуков, планшетов у преподавателей и студентов, ИОС, электронно-библиотечная система университета) обеспечение дает возможность успешно решать задачи образовательного процесса в новых условиях реальности. Широко применяются преподавателями презентации, видеоролики, видеofilмы по темам занятий, проводятся вебинары, видео-конференции и др. Дополняют процесс обучения педагогические программные средства – электронные учебные пособия, электронные учебники, составленные и написанные в соответствии с Рабочей программой дисциплины «Медицинская реабилитация» для студентов по специальности «Лечебное дело». Для студентов 4 курса преподавательским составом кафедры разработано учебное пособие «Медицинская реабилитация», имеющее и текстовый формат, и электронный. Данное учебное пособие состоит из 12 глав, в которых даны базовые современные сведения о МР, характеристика физических факторов, показания и противопоказания к их применению, описаны основные принципы и механизмы дозирования физической нагрузки при проведении процедур ЛФК, ее влияния на организм пациентов с различной патологией, в конце каждого раздела приведены примеры физиотерапевтических рецептов, назначения методик лечебной физкультуры, тестовые задания для самоконтроля с эталонами ответов.

Для обучающихся 6 курса разработано и написано учебное пособие «Частная физиотерапия», также имеющее и электронный, и текстовый формат. Оно содержит детальную информацию об алгоритмах назначения и использования различных физических факторов при болевом, воспалительном, дисневротическом, дисциркуляторном, дисгормональном синдромах. Описаны: характеристика аппаратуры, методики и техника отпуска процедур, основные принципы, условия и особенности их совместимости и сочетания. Тестовые задания с эталонами ответов позволяют закрепить изученный материал.

По окончании курса МР в 2022 году на базе кафедры проводилось анкетирование студентов для выявления их отношения к электронным образовательным ресурсам, электронным учебным

пособиям кафедры. В исследовании приняло участие 206 человек. По данным анкет 100 % студентов медицинского Вуза имеют в личном пользовании персональные электронные устройства, 57,7 % из них – имеют два и более таких устройств. 79,6 % обучающихся указали, что при изучении дисциплин кафедры они используют следующие электронные ресурсы: ИОС – 100 %, образовательными порталами для студентов – 52,9 %, сайтами медицинских учреждений – 44,7 %, педагогические программные средства (ППС) в виде электронных учебников и пособий кафедры – 87,9 %. Благодаря ППС студенты лучше понимали новый материал – 69,9 %, усваивали изученный – 63,5 %, самостоятельно контролировали свои знания всего 33 %. При этом 90,7 % молодых людей отметили значительную помощь ППС для улучшения качества знаний. Наряду с вышеизложенным только 37,4 % учащихся при подготовке к занятиям хотели бы использовать исключительно электронные ресурсы.

Выводы. Электронные образовательные ресурсы, в частности электронные учебники и учебные пособия, особенно актуальны при дистанционном обучении студентов, дополняют процесс обучения, основаны на его основных дидактических принципах, делают его более наглядным, интересным и эффективным, и, что отмечают сами обучающиеся, более комфортным для молодого, так называемого, «цифрового поколения».

Список литературы

1. К. М. Левитан. Проблема качества современного высшего профессионального образования // Высшая школа в условиях реформ: проблемы организации и методического обеспечения учебного процесса. Екатеринбург. – 2009. – С. 165.

УДК 614.2.07:378.146

ПРАКТИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Черных Светлана Владимировна, Долгошапка Ольга Николаевна,
Говоруха Ирина Тихоновна**

Россия, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Одной из главных задач высшей школы является качественная подготовка кадров в условиях сложившегося регионального дефицита медицинских работников. Стремительное развитие экономики и информационных технологий, интеграция образования с наукой и производством, повышение интеллектуализации труда привели к возрастанию потребности в компетентных специалистах, способных к постоянному самосовершенствованию и обучению, концепция непрерывного образования сменилась концепцией профессионального обучения, продолжающегося всю жизнь. Перед высшими медицинскими учебными заведениями стоят задачи эффективной реализации компетентностного подхода в процессе обучения врачей, повышения эффективности педагогической работы, изменения традиционных педагогических технологий [1].

Цели и задачи. Представить особенности компетентностного подхода в процессе последипломного обучения врачей.

Материалы и методы. На кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького организовано обучение врачей на курсах повышения квалификации, стажировки, профессиональной переподготовки, тематического усовершенствования. Для достижения образовательных целей разработаны рабочие программы, методические материалы для преподавателей и обучающихся в соответствии с действующими стандартами, электронные учебные пособия, регулярно обновляется наполнение электронного ресурса Информационно-образовательная среда, при проведении занятий используются технические средства обучения.

Результаты и обсуждение. Специфика процесса обучения взрослых людей определяется наличием у них профессионального, социального, жизненного опыта, психологическими особенностями личности. Но даже при наличии у врачей определенного стажа работы, приобретение и развитие ими знаний, умений и навыков происходит, главным образом, во время учебного процесса. Грамотный преподаватель старается привлечь опыт слушателей в качестве источника обучения, используя в учебном процессе усовершенствованные методы и педагогические технологии [2].

Сложности современных условий жизни обусловили все более широкое применение информационно-коммуникационных технологий в педагогическом процессе. *Дистанционное обучение* дает врачам возможность осуществлять обучение, повышать квалификацию в удобное время, без отрыва от работы, общаясь с коллегами из различных учреждений здравоохранения и накапливая зачетные единицы для сертификационного подтверждения профессиональной компетенции. Применение технологий дистанционного обучения, проведение *вебинаров, лекций и семинаров-дискуссий* позволяет кафедрам вуза организовать учебный процесс для большого количества обучающихся, использовать арсенал электронных источников, эффективно контролировать учебный процесс [3].

Применение в учебном процессе методов *деловой игры* и *«круглого стола»* позволяет обучающимся более глубоко понять рассматриваемый материал, смоделировать жизненные ситуации, обмениваться личным практическим опытом, способствует установлению уважительных и коллегиальных отношений. Например, в форме *ролевой игры* моделируются ситуации неотложного состояния в акушерстве, что дает возможность использования врачами теоретических знаний, отработки практического применения клинических протоколов оказания медицинской помощи. Обучающиеся привлекаются к оценочной деятельности, выявляя недочеты и ошибки на каждом этапе оказания помощи пациентке, а преподаватель имеет возможность определить качество усвоения материала, мотивировать к закреплению полученных знаний.

На практические занятия по типу *«круглый стол»* выносятся наиболее сложные разделы курса (кровотечения, преэклампсия, сепсис), обучающиеся готовят презентации по рассматриваемой теме с использованием новых литературных источников. Во время коллективного обсуждения происходит соотношение теоретических знаний с личным опытом врачей, повышается их общекультурный уровень. Во время учебных дискуссий слушатели учатся выступать в роли докладчиков и оппонентов, отстаивать свою точку зрения, демонстрировать уровень своей подготовки. С педагогической точки зрения обсуждение тем в формате *«круглого стола»* позволяет осуществить повторение, осмысление, закрепление изучаемого материала, а также прийти к оптимальному решению проблемы.

На курсах повышения квалификации целесообразно применение *проблемной интерпретации учебного материала*, когда преподаватель не сообщает знаний в готовом виде, а ставит перед слушателями, уже сформировавшимися личностями, проблемные задачи, побуждая их искать новые знания, пути решения, способы действия [3]. Ценность учебных заданий многократно повышается, если они взяты из реальной медицинской практики и превосходят текущий уровень обучающихся, когда для решения привлекаются объяснения преподавателя, помощь коллег, самостоятельная работа с учебной литературой и интернет-ресурсами.

В связи с современными темпами прироста научной информации, одной из ключевых проблем педагогики высшей школы является *интенсификация обучения* [2]. Преподаватели вынуждены постоянно совершенствовать содержание учебного материала, методы обучения, в связи с чем целесообразно увеличивать время самостоятельной работы врачей вне аудитории при постоянной готовности преподавателя оказать помощь.

Таким образом, для результативного обучения взрослых людей требуются определенные взаимные усилия со стороны обучающихся и преподавателей. У слушателей могут возникать трудности с наличием технического обеспечения дистанционного обучения, с отсутствием навыков работы с компьютером, с ориентированием в огромном потоке информации. На преподавателя ложится обязанность подготовки достаточно большого объема учебно-методической

документации, создания обучающих материалов, интересных для врача со стажем работы, проведения вебинаров, что требует свободного владения компьютерной техникой, знания азов психологии и коммуникативных навыков.

Выводы. Эффективная последипломная подготовка врачей требует, в первую очередь, систематического повышения уровня профессиональной подготовленности преподавателей высших учебных заведений, применения передовых педагогических подходов и технологий с учетом наличия у обучающихся собственного практического опыта, а также должна мотивировать их к постоянному приобретению новых профессиональных знаний и навыков.

Список литературы

1. Есауленко, И. Э. Теория и методика обучения в высшей медицинской школе / И. Э. Есауленко, А.Н. Пашков, И.Е. Плотникова // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. – № 12. – С. 30–31.
2. Дудина, А. А. Современные педагогические подходы в системе последипломного образования врачей / А. А. Дудина, О. В. Ульянова // Инновации в науке: сб. ст. по матер. XXXIX междунар. науч.-практ. конф. № 11 (36). – Новосибирск: СибАК, 2014.
3. Плотникова, И. Е. Реализация компетентного подхода в системе повышения квалификации научно-педагогических работников медицинского вуза / И. Е. Плотникова, А. А. Филозоф, С. Ю. Комова // Наука и бизнес: пути развития. – 2014. – № 6 (36) – С. 11–14.

УДК 14.2:378.661:371.214

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО НАПРАВЛЕНИЮ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Шевякова Ирина Александровна, Кудрина Елена Аркадьевна

Россия, ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России

Введение. В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» подготовка обучающихся осуществляется на основании образовательных программ (Программ) [1]. В системе высшего медицинского образования реализуются основные и дополнительные образовательные программы, их разработка осуществляется в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами (ФГОС) [1, 2]. В системе дополнительного профессионального образования на разработку образовательных программ оказывают влияние профильные профессиональные стандарты [3]. Оценка эффективности обучения является важным этапом учебного процесса, результат которого во многом определяется использованием методически правильных подходов к разработке Программ, включая фонд оценочных средств в их составе. В этой связи важным явилась оценка опыта разработки и применения в учебном процессе Программ при подготовке в системе основного и дополнительного профессионального образования.

Цель исследования – оценка опыта разработки и применения в учебном процессе образовательных программ по направлению «Общественное здоровье и организация здравоохранения» для подготовки врачей и ординаторов. В задачи исследования входили анализ разработанных Программ, оценка количества проведенных циклов, обученных врачей и ординаторов, и качества обучения.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ образовательной деятельности, который включал количественный и контент-анализ образовательных программ, анализ количества проведенных циклов и обученных на них врачей и ординаторов, анализ качества обучения путем сравнительной оценки уровня сформированности компетенций в динамике

на основе разработанных фондов оценочных средств. Исследование проведено на кафедре общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России» (ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России) в период 2017–2021 гг. Статистическая оценка результатов включала вариационный анализ, расчет средних величин, проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. В течение 2017–2021 гг. на кафедре были полностью обновлены все Программы для подготовки врачей и ординаторов, общее количество таких Программ составило 10, в том числе – для врачей – 8, для ординаторов – 2. В перечень Программ для подготовки врачей включены циклы профессиональной переподготовки (ПП) продолжительностью 500 часов и повышения квалификации (ПК) продолжительностью от 18 до 144 часов. Темы циклов ПК отвечают современным запросам практического здравоохранения: «Экспертиза временной нетрудоспособности» (72 ч.), «Управление медицинской организацией в современных условиях» (36 ч.), «Контроль качества медицинской помощи» (36 ч.), «Основы электронного медицинского документооборота в медицинской организации» (18 ч.) и другие. Для подготовки ординаторов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» была разработана основная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре. Для ординаторов других специальностей – рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в составе профильных Программ ординатуры на 72 академических часа подготовки. Основной целью освоения всех Программ является формирование / совершенствование у врачей и ординаторов универсальных и профессиональных компетенций (УК и ПК) для решения задач организационно-управленческой деятельности в условиях современного этапа развития системы здравоохранения [2]. Программы были разработаны по требованиям нового ФГОС по специальности 31.08.71 и профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» [2,3]. Реализация Программ осуществлялась как с использованием традиционных методов (лекции, практические занятия), так и с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий (ДОТ) на платформе Moodle ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Преимущественно применялась комбинация этих методов, при этом в Программах дистанционное обучение было выделено в отдельные модули. Доля Программ с использованием системы дистанционного обучения составила 80,0 %. Доля стандартных инструментов (лекции, семинары, практические занятия, базы данных, тесты, кейс-задачи), используемых для проведения всех видов занятий и процедур оценки результатов обучения с использованием электронного обучения и ДОТ составила 28,6 %. Большой объем (примерно две трети) всех Программ занял фонд оценочных средств (ФОС), являющийся важным разделом для контроля сформированности компетенций обучающихся. ФОС использовался при проведении текущей, промежуточной, итоговой аттестации и был представлен входным, текущим и итоговым тестовыми заданиями (общее количество тестовых вопросов – 400), кейс-задачами по оценке практических навыков статистических расчетов показателей общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения (общее количество – 50) и вопросами для собеседования (общее количество – 25). За период 2017-2021 гг. по разработанным на кафедре Программам было проведено 52 цикла ПП и ПК, их них по бюджету – 22, по внебюджету – 30, на данных циклах были обучены 751 врач, их них по бюджету – 540 и на внебюджетной основе – 211. За анализируемый период 2017-2021 гг. выявлена тенденция к сокращению количества ежегодно проводимых циклов ПП (с 4-х до 3-х) и ПК (с 10 до 6) и обученных врачей (с 175 до 106 человек) за счет образовательной деятельности на внебюджетной основе. За указанный период времени было подготовлено 1068 ординаторов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», с тенденцией к ежегодному увеличению их количества. Эффективность обучения подтверждается результатами контроля качества подготовки обучающихся в динамике: у врачей среднее значение входного тестирования составило $65,8 \pm 12,7$ %, итогового тестирования – $88,4 \pm 8,4$ % ($p < 0,001$); у ординаторов соответственно – $70,5 \pm 10,8$ % и $92,6 \pm 6,8$ % ($p < 0,001$), средний темп прироста по результатам обучения составил

у врачей +34,3 %, у ординаторов +31,3 %. Средний балл по решению кейс-задач и собеседованию у врачей составил соответственно 4,5 и 4,8 баллов, у ординаторов – соответственно 4,3 и 4,2 баллов. О достаточно высоком уровне подготовки врачей в рамках профессиональной переподготовки свидетельствуют и результаты первичной специализированной аккредитации, уровень прохождения которой составляет 98,7 %.

Выводы. Таким образом, при организации образовательной деятельности соблюдение обязательных требований к разработке Программ по направлению «Общественное здоровье и организация здравоохранения» и организация учебного процесса в соответствии с содержанием этих Программ обеспечивают необходимое качество подготовки врачей и ординаторов.

Список литературы

1. Об образовании в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ (ред. 24.09.2022) // Рос. газета. – 2012. – 31 декабря. – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/9ab9b85e5291f25d6986b5301ab79c23f0055ca4/ (дата обращения: 27.09.2022).

2. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации) [Электронный ресурс]: приказ Минобрнауки России от 26 августа 2014 № 1114 // Рос. газета. – 2015. – 30 января. – <https://rg.ru/2015/01/30/dok34131-dok.html> (дата обращения: 27.09.2022).

3. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» [Электронный ресурс]: приказ Минтруда России от 07 ноября 2017 № 768н // Рос. газета. – 2017. – 5 декабря. – <https://rg.ru/2017/12/05/mintrud-prikaz768-site-dok.html> (дата обращения: 27.09.2022).

УДК 378.147

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧАЮЩИХ КУРСОВ ДЛЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ НА КАФЕДРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ХИМИИ УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Лукашов Роман Игоревич, Михайлова Надежда Игоревна, Лишай Анастасия Викторовна
Беларусь, Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Современный фармацевтический рынок характеризуется динамичностью развития и высокими требованиями к квалификации и знаниям фармацевтических работников. Осуществление качественного фармацевтического консультирования покупателей в процессе реализации лекарственных средств невозможно без функционирования в отрасли системы дополнительного образования.

Согласно Кодексу Республики Беларусь «Об образовании», дополнительное образование взрослых – вид дополнительного образования, который направлен на:

- профессиональное развитие личности;
- удовлетворение познавательных потребностей;
- формирование компетенций, которые необходимы для осуществления профессиональной деятельности.

Одним из видов реализации дополнительного образования взрослых в фармацевтической отрасли Республики Беларусь являются обучающие курсы, которые представляют собой образовательную программу, направленную на удовлетворение познавательной потребности в определенной, узконаправленной сфере профессиональной деятельности провизора.

Цель и задачи. Рассмотреть особенности организации обучающих курсов в системе дополнительного образования взрослых на кафедре фармацевтической химии УО «Белорусский государственный медицинский университет» на примере обучающего курса «Актуальные проблемы связи фармакологического действия и химической структуры для безрецептурных лекарственных средств».

Материалы и методы. Контент-анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих образовательный процесс, учебно-тематический план обучающего курса «Актуальные проблемы связи фармакологического действия и химической структуры для безрецептурных лекарственных средств».

Результаты и обсуждение. Обучающий курс «Актуальные проблемы связи фармакологического действия и химической структуры для безрецептурных лекарственных средств» разработан для специалистов с высшим фармацевтическим образованием и преподавателей учреждений образования системы здравоохранения. Продолжительность обучающего курса составляет 20 часов в очной (дневной) форме получения образования с использованием информационно-коммуникационных технологий обучения при проведении ряда учебных занятий.

Целью обучающего курса «Актуальные проблемы связи фармакологического действия и химической структуры для безрецептурных лекарственных средств» является углубление знаний провизоров-специалистов по вопросам связи химической структуры и фармакологического действия лекарственных препаратов при осуществлении ими фармацевтического консультирования населения и медицинских работников.

В рамках вышеуказанного обучающего курса используются такие виды учебных занятий, как лекции и практические занятия. В ходе образовательного процесса применяются интерактивные, объяснительно-иллюстративные методы обучения, решение ситуационных задач, выполнение тестовых заданий с использованием электронного учебно-методического комплекса.

В рамках обучающего курса рассматриваются основные этапы фармацевтической разработки оригинальных и воспроизведенных лекарственных препаратов, общая характеристика, классификация, химическое строение, связь структуры и действия основных групп лекарственных средств безрецептурного отпуска (нестероидных противовоспалительных средств и анальгетиков-антипиретиков, ингибиторов фосфодиэстеразы, органических нитратов и лекарственных средств, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему, гистаминергических, антисекреторных, отхаркивающих и муколитических средств), общая характеристика, классификация, химическое строение, связь структуры и действия витаминов, витаминов-антиоксидантов, витаминоподобных веществ, минеральных добавок и микроэлементов. Рассматривается современный рынок гомеопатических лекарственных препаратов.

Для реализации обучающего курса в рамках информационно-коммуникационных технологий обучения разработан электронный учебно-методический комплекс.

Выводы. Обучающий курс «Актуальные проблемы связи фармакологического действия и химической структуры для безрецептурных лекарственных средств» охватывает наиболее важные вопросы, необходимые для грамотного фармацевтического консультирования по вопросам реализации безрецептурных лекарственных препаратов. Освоение провизорами-специалистами данного курса направлено на повышение качества фармацевтического консультирования и лекарственного обеспечения населения Республики Беларусь.

Список литературы

1. Об образовании : Кодекс Республики Беларусь, 13 января 2011 г. № 243-З в ред. Закона Республики Беларусь от 14 января 2022 г. № 154-З. Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=hk1100243>. Дата доступа: 28.10.2022

УДК 378.046.4

ТРЕНИНГ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Соболева Светлана Юльевна, Князев Сергей Александрович
Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Современное состояние здравоохранения характеризуется наличием многих проблем, в основе которых лежит не только недофинансирование отрасли, но и невнимание к вопросам грамотного построения системы организационных процессов. Многочисленные жалобы, высказываемые пациентами, касаются не только конкретно оказываемой помощи, но разнообразных аспектов взаимодействия с околomedicalной средой. В целом медицинская услуга является многоаспектным явлением, состоящим из основы – лечения и сопровождающих его процедур, взаимодействия с сотрудниками, организации посещения врача, коммуникациями со средним и младшим медицинским персоналом [1] и др. Зачастую недовольство и неудовлетворение пациента вызывают как раз аспекты взаимодействия, а не оказываемой помощи – ожидание в очередях, грубость персонала, некомфортные условия пребывания в медицинском учреждении, неудобство в вопросах записи на прием. В последнее время этим аспектам было уделено внимание со стороны Министерства здравоохранения в рамках проекта «Новой модели организации оказания медицинской помощи» (Бережливая поликлиника, БП) [2].

Цель и задачи. Изучить возможность тренинговых технологий в качестве инструмента преодоления сопротивления персонала.

Материалы и методы. Использованы общенаучные методы познания – наблюдение, анализ, синтез, обобщение. Материалами послужили информация открытой печати, официальные данные по реализации проекта Министерства здравоохранения РФ, собственные наблюдения авторов в процессе проведения тренинга.

Результаты и обсуждения. Проект, реализация которого продолжается в настоящее время, стартовал в конце 2016 года в трех пилотных регионах – Ярославле, Калининграде и Севастополе. В адрес проекта изначально звучала критика о том, что он не решает ключевых проблем здравоохранения, однако в условиях дефицита финансирования был актуальным вопрос о рациональном использовании имеющихся ресурсов, как материальных, так и человеческих. Кроме этого, необходимо было оптимизировать систему взаимодействия врач – пациент с акцентом на показатель удовлетворенности пациентов.

В основе проекта известная производственная система компании Тойота, направленная на постоянное совершенствование качества продукции. Для решения этой задачи применяется целый ряд инструментов бережливого производства – процессный подход, система 5С, кайдзен, точно в срок и др. На сегодняшний момент бережливое производство признано во всем мире и применяется во многих компаниях – лидерах индустрии и бизнеса. За рубежом эту практику также распространили и на сферу здравоохранения.

В основе данного подхода – выявление потерь производства, что также можно выявить в процессе оказания медицинской услуги. На начальном этапе выявляются потери и замеряется скорость процесса в реальном времени. Затем определяются несоответствия и нестыковки, которые затем ликвидируются и процесс таким образом совершенствуется.

Уже через два года были подведены первые положительные итоги. Внедрение бережливых технологий сократило время ожидания пациента в очереди в регистратуре с 27 до 7 минут, а время дозвона – с 15 до 3 минут. С 30 до 60% выросла доля граждан, записывающихся на прием через дистанционные сервисы [3]. Приема у врача посетители поликлиник стали в среднем ждать 13 минут вместо 43, а проходить профилактический осмотр – за один-два визита вместо пяти [3].

Однако на первом этапе медицинский персонал, обязанный внедрять новые технологии, не ожидал позитивных эффектов и скептически относился к возможностям исправления ситуации

без значительных финансовых поступлений. Одной из важных задач на первом этапе внедрения изменений стала работа с сопротивлением сотрудников. Одним из способов преодоления сопротивления изменениям является вовлечение персонала в процесс принятия управленческих решений, совместная выработка стратегии проведения реформ, инструментом здесь служит управленческий тренинг.

При проведении тренинга снимается большая часть сопротивления за счёт:

- лучшего осознания текущих проблем и роста понимания, что «так жить нельзя!»;

- создания видения будущего. Для этого рекомендуется в качестве составной части тренинга включать формат стратегической сессии, на которой участники будут самостоятельно прорабатывать видение будущего состояния;

- понимания первых шагов. В том же формате стратегической сессии происходит обсуждение первых шагов. Более того – происходит «незаметное» обучение участников взаимодействию по правилам стратегической сессии. И с тренинга они выходят с умением самостоятельно проводить такого рода сессии в своих рабочих группах;

Выводы. Тренинг «Бережливая поликлиника» был разработан и апробирован в Волгоградском медицинском университете для сотрудников поликлиник, вовлеченных в проект [4]. Как показал опрос участников, они овладели новыми знаниями, возросла мотивация к реализации проекта, выросла осознанность и понимание практической значимости проекта. Таким образом, тренинг «Бережливая поликлиника» не только обучил умениям в области лин-подхода, но и послужил инструментом проведения изменений, включая работу с сопротивлениями. Масштабирование подобных управленческих тренингов поможет руководителям быстрее, дешевле и проще решать проблему сопротивления персонала, вовлекать сотрудников в принятие значимых решений и повышать мотивацию и лояльность коллектива.

Список литературы

1. Соболева С. Ю. Категории «медицинская услуга и помощь» в ракурсе экономической теории // С. Ю. Соболева, А. В. Соболев / Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – 379 с., с. 123–126.

2. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [Электронный ресурс] URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika> (дата обращения 27.10.22)

3. «Бережливая поликлиника»: первые результаты и основные критерии работы [Электронный ресурс] URL: <https://tass.ru/obshchestvo/6262769> (дата обращения 27.10.22)

4. «Бережливая поликлиника» – в стенах ВолгГМУ [Электронный ресурс] URL: <https://old.volgmed.ru/ru/news/content/2017/06/28/6207/> (дата обращения 27.10.22)

УДК 659.4

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Ситникова Светлана Евгеньевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Важность динамичного инновационного развития локальных образовательных систем сложно переоценить. Высокая инновационная активность вузов повышает их конкурентоспособность, а также обеспечивает их устойчивость к колебаниям современной экономики. Инновационное развитие закреплено в качестве основных стратегических направлений современных вузов России [1].

Материалы и методы. Теоретическая основа исследования формировалась на базе профильных научных публикаций фундаментального и прикладного характера отечественных и зарубежных ученых. Информационной базой для анализа результативности научно-инновационной деятельности медицинских вузов послужили данные Мониторинга эффективности деятельности образовательных организаций высшего образования; регулярно обновляемые и публикуемые программы развития медицинских вузов; сведения Федеральной службы государственной статистики; информационно-аналитические материалы национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»; сайты образовательных учреждений. В процессе подготовки работы были использованы такие научные методы, как синтез, индукция, дедукция, сравнительный, системный, проблемный анализ, контент-анализ научных трудов, профильной литературы и документов.

Результаты и обсуждение. О результативности инновационной деятельности медицинских вузов можно судить по блокам, объединяющие определенные показатели в соответствии с логикой выбранных структурных элементов.

Финансовый блок формируется за счет таких показателей, как:

- объем НИОКР в расчете на одного научно-педагогического работника (НПР), тыс.руб;
- доходы от НИОКР (за исключением средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, государственных фондов поддержки науки) в расчете на одного НПР, тыс.руб;
- удельный вес доходов от НИОКР в общих доходах образовательной организации;
- доля внебюджетных средств в доходах от научных исследований и разработок;
- удельный вес средств, полученных образовательной организацией от использования результатов интеллектуальной деятельности, в общих доходах образовательной организации;
- доходы вуза из всех источников;
- доходы вуза из внебюджетных источников.

В блок «инновационная инфраструктура» входят следующие:

- количество малых инновационных предприятий, бизнес-инкубаторов, технопарков;
- количество патентов, ноу-хау, лицензионных соглашений.

Блок результатов научной деятельности включает:

- удельный вес научно-педагогических работников, защитивших кандидатские и докторские диссертации за отчетный период в общей численности НПР;
- количество научных журналов, в том числе электронных, издаваемых образовательной организацией;
- число диссертационных советов.

Наконец, блок «публикационная активность» складывается из таких показателей, как:

- количество цитирований публикаций, изданных за последние 5 лет, индексируемых в информационно-аналитической системе научного цитирования Web of Science Core Collection/Scopus в расчете на 100 НПР;
- количество цитирований публикаций, изданных за последние 5 лет, индексируемых в РИНЦ в расчете на 100 НПР.

Выводы. От результативности научно-исследовательской деятельности вузов зависит успешное инновационное развитие региона [2]. Так, внедрение новых технологий повышает качество медицинской помощи в регионе, широкий спектр предоставляемых образовательных услуг ВО, ДПО обеспечивает эффективность реализации региональных программ развития здравоохранения [3].

Оценка инновационной активности медицинских вузов позволит сделать вывод о характере их вовлеченности в инновационный процесс региональной экосистемы, что будет определять возможности реализации инновационного и интеллектуального потенциалов.

Список литературы

1. Ситникова, С. Е. Управление инновациями в современном вузе в интересах коммерциализации / С. Е. Ситникова. // Инновационное развитие экономики. 2019. № 5–1 (53). С. 93–97.

2. Палкина М. В. Научный потенциал инновационного развития депрессивных регионов / М. В. Палкина, А. Ю. Палкин // Инновационное развитие экономики. 2019. № 6 (54). С. 49–56.

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

УДК 796.011.1

КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Витовский Валерий Станиславович

ДНР, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Введение. Культуру студенческой деятельности можно рассматривать как самореализацию студента, а также использовать как знак его активности и стимул к становлению характера. На этом основан весь образовательный процесс университета. Он фокусируется на развитии общей культуры студентов в единстве знаний, навыков и убеждений. Навыки, черты характера и творческие способности также связаны с нормами поведения, реализуемыми в учебе, работе, организации образа жизни, социальной деятельности и поведении. Культура относится к личности обучающихся.

Целью работы является исследование концепции формирования физической культуры личности студента.

Задачами работы будут являться рассмотрение концепции формирования физической культуры личности в целом.

Материалы и методы исследования. В процессе работы над статьей использовались следующие методы исследования: теоретический анализ, изучение научных материалов по данной проблеме.

Результаты и обсуждение. В качестве цели физического воспитания рассматривается физическая культура личности в системе непрерывного образования. Эта цель отражает принцип преемственности отдельных звеньев системы непрерывного образования. В ней выражена идея о работе со студентами на перспективу. Данная перспектива направляет на жизненное самоопределение в качестве субъектов собственной полноценной жизни.

Одной из таких инклюзивных целей является физическая культура личности студента. Где все структурные элементы его культуры обычно проявляются как уровень культурного развития индивида. Его подход к достижению этого уровня. Существуют также различные виды деятельности, в которых проявляется культурный уровень.

Физическая культура личности – это качественное, планирование и обучение личности. Речь идет о физическом развитии и образовании. Путь к достижению этого уровня среди студентов проявляется в различных формах физического и спортивного труда и общего жизненного труда. Данная структура включает три взаимосвязанных компонента:

1. Мотивационно-ценностный блок. Включает в себя потребности и идеалы, а также мотивы и установки, интересы личности.

2. Операционный компонент. Он ориентируется на физическое совершенство личности, определяющее состояние ее здоровья, двигательные умения и навыки.

3. Практико-деятельностный компонент. Он проявляется в широком диапазоне физкультурно-спортивной активности (познавательной, пропагандистской, судейской, самосовершенствованию, саморазвитию, самовоспитанию) [2].

Формирование персонифицированной физической культуры студентов означает целенаправленный, постепенный и последовательный подход к более высокой степени развития всей системы его качеств. Может и формироваться в зависимости от возраста и других навыков, атрибутов и способностей. Изучая современное состояние формирования физической культуры личности студентов, являются следующие элементы:

1. Не всегда процесс физического воспитания в Вузе является эффективными. Занятия по физической культуре, которые проводятся несколько раз в неделю, не способствуют повышению уровня физической работоспособности. Этот пробел может восполнить домашнее задание.
2. Отмечается крайняя низкая посещаемость занятий по физической культуре.
3. Материальная база некоторых Вузов крайне слаба [1].

Некоторые важные факторы физического воспитания игнорируются или редко принимаются во внимание. К этим элементам относятся знание теории и методов физической культуры, личной гигиены, психологии и физиологии спортивной деятельности, формирование спортивной мотивации и личностных показателей студента. Черты личности занимают особое место во многих показателях личности: системе желаний, устремлений и целей, которые возникают в результате взаимодействия с биологическими тенденциями и особенностями, формирующими окружающую среду. Ни один элемент не может быть охарактеризован как «стиль личной деятельности», который является относительно стабильным показателем, определяющим всю систему поведения обучающегося.

Эти показатели чрезвычайно важны, поскольку они относятся к категории основных элементов управления процессом физического воспитания. Наиболее важной задачей является создание классификации, которая позволяет связать возникающие ситуации с арсеналом доступных преподавателям, помогая формировать знания, навыки и способности студентов в области физической культуры. Управление физическим воспитанием происходит не в вакууме, а в среде обучающихся с сформированными ценностными ориентациями, поведенческими стереотипами и различными мотивами к действию. Поэтому преподаватели должны осознавать эти ценности [3].

Выводы. Анализируя формирование личности в физической культуре, в основе которой лежит позитивная, преобразующая, социально значимая деятельность и важные действия, включая адекватный уровень здоровья, психофизиологическое и физическое развитие физических способностей личности обучающихся.

Список литературы

1. Зайкельтор Ф. Психологическая подготовка преподавателя физической культуры. / Ф. Зайкельтор – М.: «Спорт за рубежом», 2007. – С. 77.
2. Лайзане С. Я. Физическая культура для студентов. / С. Я. Лайзане – М., 2012. – С. 63.
3. Пирогова Е. А. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека. / Е. А. Пирогова – Киев: «Здоровье», 2018. – С. 42.

УДК 614.2:378.1

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Шевченко Янина Андреевна

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

Введение. Развитие высшего образования не может быть осуществлено иначе, чем через освоение нововведений, через инновационный процесс. Инновационная деятельность Вуза рассматривается по ряду направлений, таких как: освоение современных педагогических технологий; освоение новых инновационных курсов и т. д.

В условиях нарастающей конкурентной борьбы предприятия системы здравоохранения, в частности вузы, в процессе своей работы должны включать инновационную деятельность для роста конкурентных преимуществ. Развитие инноваций в медицинских вузах приведёт к появлению в стране передовых медицинских центров, новых высокоэффективных методов обучения и др.

Цель и задачи. Изучение управленческих инноваций в медицинском вузе и разработка рекомендаций по их совершенствованию на примере ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

Материалы и методы. Проведенные исследования базируются на системном и ситуационном анализе, методах сравнения и сопоставления информации

Результаты и обсуждение. В условиях современной конкуренции предприятия системы здравоохранения, в частности университеты, в ходе своей работы должны включать инновационную деятельность для роста конкурентных преимуществ.

Инновационный менеджмент – это совокупность принципов, методов и форм управления инновационными процессами, инновационной деятельностью, занятыми этой деятельностью организационными структурами и их персоналом [1].

Инновационная деятельность медицинского университета включает в себя не только процесс создания и освоения новых знаний, но и активную поддержку и управление этой деятельностью (предоставление информационных, маркетинговых, консалтинговых и других услуг), а также инвестиционную деятельность в части, связанной с инновационным процессом. Успешная инновационная деятельность университета является результатом слаженной работы инновационной инфраструктуры, которая обеспечивает постепенное выполнение этапов инновационного цикла по созданию и продвижению на рынок новых продуктов и технологий.

Инновационная деятельность университета подразумевает общий набор скоординированных, академических, научно-технических, экономических мероприятий, которые, по сути, приводят к инновационным результатам.

В современных условиях эффективность инновационной деятельности университета оказывает существенное влияние на его конкурентоспособность на рынке образовательных услуг.

Инновационная деятельность Вузов сконцентрирована на выполнении определенных вопросов:

- формирование и усовершенствование государственной и региональной инновационной системы;
- действенное и рациональное применение интеллектуальных ресурсов Вуза, формирование стабильного интеллектуального потенциала, способного инициировать и осуществлять новаторские планы разной трудности и ориентированности;
- коммерциализация научных идей, оригинальных инновационных проектов;
- увеличение диапазона рабочих мест и баз практики для студентов, аспирантов на основе создания фирм и совместных предприятий, в том числе с Вузами других стран и др. [2].

На сегодняшний день главным показателем для отнесения университетов к инновационным является открытость системы образования для современных научных исследований и современной экономики:

- в учебном плане Вуза должны присутствовать такие формы обучения, как проектные разработки, тренинги, стажировки на производстве, в научно-исследовательских организациях;
- технологическое оснащение учебного процесса должно соответствовать уровню передовой науки [3].

В деятельности ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России существуют различные инновационные направления: кадровая политика, включающая инновационную программу «Начни карьеру в ВолгГМУ!»; НЦИЛС; ЦЭМО и другие. Данные подразделения активно способствуют развитию университета, его известности, уникальности и улучшают экономические показатели Вуза. Однако любая работа имеет как сильные, так и слабые стороны. В ходе работы были выявлены следующие слабые стороны работы ВолгГМУ:

- недостаточность учебных площадей для развития образовательных программ;
- недостаточная материальная мотивация сотрудников;
- недостаточный уровень внедрения интерактивных методов обучения;
- запаздывающее техническое обновление;
- недостаточная система рекрутинга педагогических кадров и др.

Для решения этих проблем Университету могут быть предложены следующие рекомендации, основанные на инновационном подходе управления:

- построение материальной мотивационной системы, которая максимально соответствует реализации целей и миссии организации;
- внедрение в процесс обучения интерактивных методик [4];
- постоянное отслеживание технических новинок и незамедлительное их внедрение в работу вуза;
- развитие и популяризация кадровой программы «Начни карьеру в ВолгГМУ», а также создание комфортной материальной и нематериальной рабочей среды.

Выводы. Одним из приоритетных направлений современной политики является внедрение инноваций в деятельность Вузов. Роль инновационного менеджмента в такой ситуации очень значима, так как позволяет упорядочить инновационную деятельность университета для достижения высокого качества работы и максимального эффекта в целом.

Список литературы

1. Агарков С. А., Кузнецова Е. С., Грязнова М. Инновационный менеджмент и государственная инновационная политика: учебное пособие, 2011. – 143 с.
2. Бисенгулова А. Р., Логинова К. Г. Особенности инновационной деятельности высших учебных заведений в России образования – Текст: электронный. – <https://novainfo.ru/article/15180> (дата обращения: 18.10.2022).
3. Гапоненко Юлия Владимировна. Инновационные подходы к дистанционному изучению экономических дисциплин // NBI-technologies. 2014. № 1.
4. Инновационный менеджмент в высшем образовании – Текст: электронный. – <https://be5.biz/ekonomika1/r2012/2776.htm> (дата обращения: 18.10.2022).
5. Мандриков В. Б. Реализация компетентностной модели образования на направлениях подготовки бакалавриата в Волгоградском государственном медицинском университете / В. Б. Мандриков, М. В. Букатин, С. Ю. Соболева, А. В. Запорощенко, Н. А. Колобородова, О. Ю. Кузнецова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 6 (48). Часть 3. – С. 50–53.