

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М. В. Ломоносова
Экономический факультет
Институт управления, экономики и финансов
Казанского федерального университета
МНОЦ университетской клиники МГУ имени М. В. Ломоносова,
МСЧ КФУ (университетская клиника «Казань»)



Казанский
федеральный
университет

ИНСТИТУТ
управления, экономики
и финансов

Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания

Монография

Под редакцией

Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной

Москва — Казань
2018

УДК 338.2:614
ББК 65.495
С69

С69 **Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания:** Вторая ежегодная научно-практическая конференция. Москва, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет; 23–24 апреля 2018 г.: монография / под ред. Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной. — М.: ТЕИС, 2018. — 216 с.

ISBN 978-5-7218-1430-3

Монография посвящена обобщению накопленного теоретического и практического материала в области инноваций в развитии здравоохранения, экономики здравоохранения и в создании университетских клиник в условиях перехода от модели лечения к модели профилактики и диспансеризации с учетом влияния экономических и политических процессов в России и в мире.

Работа состоит из девяти разделов: философия и методология здравоохранения; экономика и организация здравоохранения; формирование здорового образа жизни; медицинский туризм; инновационность как фактор развития отрасли; цифровое здравоохранение; телемедицина; концептуальные основания парадигм развития современного здравоохранения; инновационные медицинские технологии: эффективность, барьеры, добро и зло; кадровая политика в сфере здравоохранения.

Монография будет интересна преподавателям, научным сотрудникам, медицинским работникам, студентам, аспирантам и всем интересующимся проблемами совершенствования управления общественным здоровьем.

Ключевые слова: философия и методология здравоохранения, управление общественным здоровьем, цифровое здравоохранение.

© Коллектив авторов,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова, 2018

ISBN 978-5-7218-1430-3

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово	7
Раздел I. Философия и методология здравоохранения	11
<i>Абашев А. Р.</i> Современные тенденции в модели взаимоотношений «врач—пациент» в первичной медико-санитарной помощи.....	11
<i>Тутов Л. А.</i> Философия пациента	16
<i>Разумовская Е. М., Цаликова В. В.</i> Методологические аспекты управления общественным здоровьем	18
<i>Зиганшина З. Р.</i> Индивидуальная ответственность граждан за собственное здоровье	22
<i>Самощест М. И.</i> Всероссийское общественное движение добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики».....	25
<i>Гаврина Е. Г.</i> Роль профессиональной этики в совершенствовании взаимоотношений врача и пациента	29
Раздел II. Экономика и организация здравоохранения	33
<i>Егоров Е. В.</i> Эффективная модель общественного здоровья	33
<i>Минулин И. Б.</i> Актуальные вопросы качества и безопасности медицинской деятельности.....	37
<i>Максимова М. Н.</i> Обеспечение медицинских учреждений и отдельных категорий граждан лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения.....	40
<i>Молчанов И. Н.</i> Парадигма здравоохранения через призму обязательного медицинского страхования.....	44
<i>Молчанова Н. П.</i> Трансформация приоритетов современного здравоохранения и ее влияние на практику оказания медицинских услуг.....	48
<i>Морозов В. А.</i> Совершенствование методов управления здравоохранением в РФ	54
<i>Сафиуллин А. Р., Сафиуллина Г. Г., Мухаметова Г. З.</i> Здравоохранение в системе отраслевых приоритетов развития территории: методологические особенности	59

<i>Мишакин Т. С.</i> Современное состояние и направления совершенствования амбулаторно-поликлинического звена в системе регионального здравоохранения	63
Раздел III. Формирование здорового образа жизни	66
<i>Валеева Г. Ф.</i> Формирование здорового образа жизни как элемент повышения уровня общественного здоровья	66
<i>Дартау Л. А.</i> Эффективность управления общественным здоровьем: объект, субъекты, обязанности и ответственность	70
<i>Магомедова А. Г.</i> Поведенческий фактор здоровья в контексте экономических аспектов	74
<i>Раковская Ю. С.</i> Медицинская профилактика	77
<i>Тышкевич В. П.</i> Тенденции здоровья и смертности населения в современной России	79
<i>Куцевол Н. Г., Батыршин Г. Г.</i> Управление практикой потребления медицинских услуг в повышении ответственности за здоровье человека	83
<i>Савельева О. С.</i> Образовательно-профилактическая программа «Здоровые улыбки» среди детей разных возрастных групп	89
Раздел IV. Медицинский туризм	94
<i>Довгань И. А.</i> Экономическая целесообразность внедрения инноваций в организациях санаторно-курортного типа	94
<i>Берсенева М. Т.</i> Пять идей для развития внутреннего медицинского туризма в России	97
<i>Бунаков О. А.</i> Особенности развития медицинского туризма на примере Республики Татарстан	99
<i>Восколович Н. А.</i> Особенности развития медицинского туризма	102
<i>Ибрагимова Г. М., Геркина Е. А.</i> Кластерный подход к лечебно-оздоровительным услугам в регионе	106
<i>Коваленко В. В., Давыдова Л. А.</i> Медицинский туризм — один из путей улучшения качества жизни людей	110
<i>Эйдельман Б. М.</i> Роль и значение медицинского туризма в Российской Федерации в современных условиях	114
Раздел V. Инновационность как фактор развития отрасли	117
<i>Брескина Т. Н.</i> Экспертиза качества медицинской помощи. К вопросу о смене парадигмы оценки качества	117

<i>Каленская Н. В., Мухатдисова Р. Ф.</i> Нейромаркетинг в системе формирования нового портрета потребителя в сфере оказания медицинских услуг	121
<i>Кривенко Н. В.</i> Влияние инноватики в сфере здравоохранения на повышение экономической безопасности региона	125
<i>Соловьева С. В.</i> Оценка ущерба для здоровья от загрязнения окружающей среды.....	130
Раздел VI. Цифровое здравоохранение. Телемедицина	133
<i>Карев С. А.</i> Нормативно-правовая база и инновации дистанционной медицины	133
<i>Андреюк Д. С.</i> Использование элементов социальной инженерии для массовой просветительской деятельности в области биомедицины	137
<i>Брагин Г. И., Брагина М. Г.</i> Автоматизированная информационная система медицинской организации как инструмент управления качеством предоставляемых медицинских услуг	140
<i>Герасименко В. В.</i> Методология использования современных форматов научно-популярных образовательных продуктов в повышении эффективности управления общественным здоровьем.....	143
<i>Липидус Л. В., Габуня Н. Ю.</i> Реализация концепции цифрового здравоохранения как основа обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.....	147
<i>Мнацаканов А. А.</i> Перспектива стратегий массового внедрения трансгуманистических технологий в сфере здравоохранения	150
<i>Овсянников А. Г.</i> Цифровая платформа сопровождения биосоциального цикла	153
<i>Рыбалко М. А.</i> Использование телекоммуникационных и мобильных технологий в сфере телемедицины.....	157
Раздел VII. Концептуальные основания парадигм развития современного здравоохранения	160
<i>Брызгалина Е. В.</i> Категориальный аппарат социально-гуманитарной экспертизы современного здравоохранения	160
<i>Шкомова Е. М.</i> Стратегии повышения комплаентности как фактора эффективности системы здравоохранения	164
<i>Аласания К. Ю.</i> Особенности региональных практик биобанкинга: методологические аспекты	167

Раздел VIII. Инновационные медицинские технологии:	
эффективность, барьеры, добро и зло.....	169
<i>Стамбольский Д. В., Мацкеплишвили С. Т.</i> Медицинская разработка: от исследования до внедрения. Сдерживающие факторы и пути преодоления	169
Раздел IX. Кадровая политика в сфере здравоохранения.....	175
<i>Бадертдинов И. И.</i> Волонтерская деятельность как фактор повышения квалификации будущих медицинских работников	175
<i>Бердникова О. А.</i> Переход от модели лечения к модели профилактики за счет сокращения нормативной продолжительности рабочего времени.....	179
<i>Колесникова Ю. С.</i> Обеспеченность рынка труда медицинским персоналом.....	183
<i>Рогожникова В. Н.</i> Философия здорового труда	187
<i>Рожкова Е. В.</i> Медицинская грамотность как инструмент повышения уровня здоровья населения	191
<i>Степанова Ю. А., Чилилов А. М.</i> Врач общего профиля — новый этап развития медицинской помощи первичного звена?	194
<i>Халтурин Р. А.</i> Особенности кадрового менеджмента в сфере здравоохранения.....	201
<i>Храпылина Л. П.</i> Приоритеты подготовки управленческих кадров для здравоохранения	204
<i>Чилилов А. М.</i> Развитие трудовых отношений в сфере здравоохранения.....	207
<i>Киселкина О. В.</i> Обеспечение безопасности труда и поведения работника в организации	212

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Уважаемые коллеги!

23 и 24 апреля 2018 г. состоялась Вторая ежегодная научно-практическая конференция «Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания», организованная кафедрой философии и методологии экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова совместно с Институтом управления, экономики и финансов Казанского федерального университета. В конференции приняли активное участие МНОЦ университетской клиники МГУ имени М. В. Ломоносова, МСЧ КФУ (университетская клиника «Казань»), философский факультет МГУ имени М. В. Ломоносова.

Идея о проведении совместной конференции принадлежит двум кафедрам: кафедре философии и методологии экономики экономического факультета МГУ и кафедре менеджмента в социальной сфере Института управления, экономики и финансов Казанского федерального университета.

В апреле 2017 г. в Казани состоялась 1-я Международная научно-практическая конференция «Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: современные проблемы и тенденции». В 2017 г. основными направлениями работы конференции были: инновации в развитии здравоохранения; экономика здравоохранения; университетские клиники; государственно-частное партнерство в здравоохранении; переход от модели лечения к модели профилактики и диспансеризации; формирование у граждан ответственности за собственное здоровье; медицинский туризм.

В рамках второй конференции число направлений расширилось, и появились такие направления, как цифровое здравоохранение; концептуальные основания парадигм развития современного здравоохранения; инновационные медицинские технологии: эффективность, барьеры, добро и зло; кадровая политика в сфере здравоохранения. В названии конференции присутствуют слова «философско-методологические основания». Связано это не только с тем, что кафедра философии и методологии экономики является одним из организаторов конференции, но и с тем, что философский взгляд позволяет системно посмотреть на сложные проблемы управления общественным здоровьем, выявить приоритеты и основные ценности в этой сфере.

Одной из таких ценностей является охрана общественного здоровья. В этой связи методологические и философские аспекты управления общественным здоровьем приобретают социально значимую актуальность, а их рассмотрение требует межотраслевого подхода и межсекторального взаимодействия. Основой подхода к трактовке общественного здравоохранения служит определение: здравоохранение — это искусство и наука продления жизни, предотвращения заболеваний, управления трудоспособностью и физическим здоровьем путем организованных общественных усилий по формированию ответственного отношения человека к собственному здоровью, созданию комфортной экосистемы, организации профилактической и лечебной помощи, которые обеспечат каждому индивиду достойный уровень жизни.

Общеизвестно, что основополагающими ценностями в системе здравоохранения, которые не должны являться объектом комплексного реформирования, являются следующие:

- доступность медицинской помощи, то есть возможность получения адекватных медицинских услуг каждым членом общества независимо от его социального положения и финансовых возможностей, что гарантировано статьями Конституции РФ;
- качество медицинской помощи: технологическое, основанное на инновационных подходах, в том числе в подготовке персонала, социальное, характеризующиеся как степень охвата населения медицинскими услугами, обеспечивающими жизнедеятельность;
- права пациента: информированное добровольное согласие на лечение, отказ от лечения, свобода выбора врача, конфиденциальность информации о его здоровье;
- ответственность медицинского персонала за свои профессиональные действия, соблюдение прав пациента;
- общественная значимость деятельности медицинского персонала, целью которой является прежде всего сохранение здоровья, а не максимизация дохода.

Все перечисленное выше позволяет определять рынок медицинских услуг как особенный, не регулируемый исключительно спросом и предложением, конкуренцией и свободным ценообразованием. Особенностью его являются также и то, что некоторые виды услуг здравоохранения приносят большую социальную пользу обществу, нежели индивидуальному пациенту. К примеру, результатом вакцинации является то, что, с одной стороны, существенно снижается риск человека тяжело заболеть, с другой — можно предотвратить эпидемию либо уничтожить заболевание, что было достигнуто в случае оспы. Представляется очевидным, что общественная значимость медицинских услуг позволяет говорить о необходимости государственного регулирования и прямого управления си-

стеймой здравоохранения. Данная монография посвящена рассмотрению важных аспектов управления общественным здоровьем, как организационно-правовых, методологических, так и медицинских. В практическом здравоохранении существуют множество нерешенных проблем, требующих конвергенции компетенций различных специальностей и отраслей науки для поиска эффективных методик — заменителей существующих медицинских технологий, подготовки специалистов, владеющих навыками применения разрабатываемых медицинских технологий. Инструментом практической реализации университетских научно-исследовательских проектов медико-биологического направления и других исследований в области жизнедеятельности и здоровья человека являются университетские клиники. В Российской Федерации медицинские подразделения в своем составе имеют Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Казанский федеральный университет, Дальневосточный и Крымский федеральные университеты. Среди университетов, не находящихся в ведении Министерства здравоохранения РФ, пионером создания клиник является МГУ имени М. В. Ломоносова, медицинский центр которого создан в 2012 г., и представляет собой многопрофильную больницу с широким спектром медицинских направлений. Прошло не так много времени, однако опыт создания клиник при университетах России для отечественных медиков, профессоров университетов и создателей услуги здравоохранения в целом бесценен.

Университетские клиники сегодня доказывают целесообразность современных процессов объединения науки, образования и производства медицинских услуг в системе здравоохранения как важного фактора повышения его эффективности и формирования новой модели управления. При этом инновационный характер вуза позволяет повысить эффективность и качество образовательного процесса, развить его прикладную направленность, максимально использовать имеющиеся ресурсы: интеллектуальные, материальные, информационные и человеческие — для подготовки специалистов, проведения исследований, разработки и реализации инновационных проектов.

Раскрытию важной роли университетских клиник в объединении науки, образования и производства медицинских услуг был посвящен второй день конференции, который прошел в университетской клинике Московского государственного университета. Участниками круглого стола (Л. А. Туттов, завкафедрой философии и методологии экономики ЭФ МГУ имени М. В. Ломоносова; А. А. Камáлов, директор Университетской клиники МГУ имени М. В. Ломоносова, академик РАН; С. Т. Мацкеплишвили, заместитель директора Университетской клиники МГУ имени М. В. Ломоносова по научной работе, член-корреспондент РАН; Д. В. Стамбольский, в.н.с. отдела координации учебных и научных программ МНОЦ (Универ-

ситетская клиника МГУ имени М. В. Ломоносова), член руководящего комитета Технологической платформы «Медицина будущего»; А. Р. Абашев, гл. врач университетской клиники КФУ; З. Р. Зиганшина, доцент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ; Т. С. Мишакин, доцент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ) была выдвинута идея о создании Ассоциации университетских клиник в РФ.

Материалы конференции оргкомитет распределил по девяти разделам в соответствии с основными направлениями ее работы: философия и методология здравоохранения; экономика и организация здравоохранения; формирование здорового образа жизни; медицинский туризм; инновационность как фактор развития отрасли; цифровое здравоохранение; телемедицина; концептуальные основания парадигм развития современного здравоохранения; инновационные медицинские технологии: эффективность, барьеры, добро и зло; кадровая политика в сфере здравоохранения.

Мы надеемся, что данная монография привлечет внимание представителей не только социально-гуманитарных, но и естественных наук, будет интересна преподавателям, научным сотрудниками, медицинским работникам, студентам, аспирантам и всем интересующимся проблемами совершенствования управления общественным здоровьем.

Л. А. Тутов
профессор,
заведующий кафедрой философии и методологии экономики
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,

Е. М. Разумовская
профессор,
заведующий кафедрой менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,

З. Р. Зиганшина
доцент кафедры
менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ

РАЗДЕЛ I

ФИЛОСОФИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. Р. АБАШЕВ,

*к.м.н., гл. врач университетской клиники «Казань»,
МСЧ КФУ, г. Казань*

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ—ПАЦИЕНТ» В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Аннотация. Работа посвящена современным тенденциям, которые формируются во взаимоотношениях врача и пациента. Представлены основные модели взаимоотношений.

Ключевые слова: врач, пациент, рынок медицинских услуг, патерналистская и контрактная модели взаимоотношений.

Одним из наиболее важных вызовов настоящего времени для современного медицинского сообщества является нарастающая напряженность со стороны пациентов, вызванная неудовлетворенностью качеством медицинских услуг в первичной медико-санитарной помощи. Во многом это обусловлено тем, что требования потребителя к качеству медицинской услуги имеют наивысший уровень. Вопросы текущего состояния здоровья и связанный с этим прогноз качества предстоящей жизни для лиц, перешагнувших 35–40-летний рубеж, выходят в число приоритетов.

Пациент активно изучает рынок медицинских услуг, устанавливает для себя приемлемый, по возможности наивысший уровень качества и старается при этом минимизировать свои ресурсные затраты (временные, логистические, психоэмоциональные, финансовые и иные). Необходимо заметить, что существенным фактором, влияющим на взаимоотношения в модели «врач—пациент», является широкий доступ к информации во Всемирной информационной паутине. Общеизвестно, что здесь можно

найти большой массив информации — от популярных статей и обзора проблематики на форумах до результатов фундаментальных исследований в специальных областях, связанных с тем или иным клиническим проявлением процессов, протекающих в организме человека. Однако анализ данных и синтез заключений из полученной информации не всегда возможны без достаточного уровня клинического опыта и мышления, присущего работникам врачебных специальностей. Фактор «ускорения жизненного темпа», вынуждая пациента «готовиться к визиту к врачу», приводит к тому, что обзор интернета дает посетителю возможность на врачебном приеме быть «более готовым» обсуждать ту или иную нозологическую форму по сравнению с врачом поликлиники или врачом общей практики. До начала приема врач не знает, с чем к нему придет пациент, невозможно удержать в голове всю информацию о конкретном заболевании в полном объеме, особенно при редких нозологических формах, и у него всего 12–15 минут, чтобы сделать всю работу. Таковы реалии сегодняшнего дня. В рамках существующего законодательства в сфере регулирования государственных гарантий существует недопонимание функций и гарантированного объема государственного здравоохранения со стороны потребителя, в то время как и сама система отчетности по результатам деятельности медицинских организаций несет пул медико-экономических параметров текущей деятельности. Они деперсонифицированы в отношении конкретного гражданина и не являются интегральными, указывающими на состояние его здоровья, в конечном итоге не мотивируя врача работать со здоровьем каждого. Обобщенные итоги деятельности формируются в ряде годовых отчетов формы № 12. В числе запрашиваемых параметров есть общие сведения, указывающие на распространенность, первичную заболеваемость, средний возраст умерших, в том числе среди экономически активного населения. Однако современное законодательное регулирование не устанавливает достаточных правил взаимодействия и ответственности со стороны пациента, да во многом и самого врача при осуществлении взаимоотношений на этапах оказания помощи в первичной медико-санитарной сети. В основном правила общения в модели «врач—пациент» описаны в разделе «Медицинская этика и деонтология». Попытки законодательного регулирования предприняты в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Модели взаимоотношений «врач—пациент» являются предметом постоянного изучения и систематизации. Наиболее часто применяется классификация Роберта Витча, согласно которой существуют основные модели взаимоотношений врача и пациента.

Техническая (инженерная). В данной модели пациент является «неисправным механизмом, который нуждается в починке». Личность паци-

ента не учитывается. Есть только физическая проблема, которую нужно устранить. Одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских технологий — возникновение врача-ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого — исправить неполадки в организме пациента, и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным с точки зрения научного знания и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму здесь в полной мере компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений.

Патерналистская (сакральная). Врач здесь рассматривается как «родитель», а пациент как «неразумное дитя». Врач сам определяет, что является благом для пациента. Здесь уделяется внимание личности пациента, но лишь с точки зрения моральной поддержки. Основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу, и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда».

Коллегиальная. Данная модель в своем крайнем варианте является пациент-центрированной. Пациент здесь играет активную роль, с ним согласовываются все решения врача. На сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель. Врач и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т.д. не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.

Контрактная. Взаимоотношения врача и пациента базируются на негласном (в некоторых случаях, правда, оформляемом процессуально-юридически) договоре о взаимном уважении прав друг друга. Пациента оповещают о том, как проходит лечение, от него не скрывают информацию, но решение принимает врач, обосновывая его для пациента.

Необходимо учитывать также и вопросы, связанные с ожиданиями потребителя медицинской услуги в контексте смены поколений. Впервые об особенностях возрастных различий заговорили в 1991 г. два чело-

века — исследователи из США Нейл Хоув и Уильям Штраус. Они создали теорию, которая основывалась на различиях в ценностях людей разных поколений. Эти различия были изучены, как и обуславливающие их причины, например, ситуация в экономике и политике, технологическое развитие общества и т.д. Некоторое время спустя теория стала применяться на практике, так как она оказалась очень эффективной в сфере бизнеса. Сегодня эту теорию применяют все чаще. Возрастные группы населения, являющиеся носителями признаков поколений, накладывают на работу медицинской отрасли задачи текущего периода, а также позволяют спрогнозировать структуру требований потребителя к качеству и составу медицинской услуги в ближайшем будущем, средне- и долгосрочной перспективе. Сегодня основными потребителями услуг первичной медико-санитарной помощи в поликлинике Университетской клиники КФУ, к которой прикреплено более 40 тыс. жителей г. Казани, в системе ОМС является поколение беби-бумеров. К группе беби-бумеров относятся люди, родившиеся в период с 1943 по 1963 г. Как правило, они заинтересованы в саморазвитии, коллективном труде и командной игре. Саморазвитие понимается ими как возрастающая способность к достижению коллективных целей. В настоящее время большинство беби-бумеров достигли пенсионного возраста, однако многие продолжают трудиться. Отличительной особенностью этой категории людей в России является устойчивость к повышенным нагрузкам в психоэмоциональной сфере и физическая выносливость, что в целом говорит об относительно хороших показателях здоровья. Эти люди подвержены духу коллективизма, так что планируемые мероприятия в области охраны здоровья граждан, которые можно охарактеризовать как «массовые» и «стандартные», не вызывают отторжения у большинства представителей поколения. Согласно выводам наблюдений, проведенных во время приема пациентов в поликлинике, поколение беби-бумеров имеет весьма ограниченные потребности в поиске информации в интернете и может работать с врачом в патерналистской модели взаимоотношений. Информационное влияние на большинство беби-бумеров преимущественно оказывают телевидение и периодическая печатная пресса.

В условиях прихода в отрасль научно-технического прогресса количество ручного труда закономерно уменьшается. Появились методы диагностики, которые существенным образом ускорили постановку диагноза и эффективность лечения. Индустриализация медицинской помощи при переходе от стандартных подходов в диагностике и лечении заболеваний к высокотехнологичным медицинским услугам, когда клиническое мышление заменяется возможностями оборудования, предъявляет повышенные требования к физическому и психическому здоровью трудящихся, к увеличению продолжительности их трудоспособного возраста.

Будут ли эти модели актуальны в рамках интенсивно изменяющейся внешней среды — покажет время. Однако уже сегодня, согласно дорожной карте, именуемой «Цифровое здравоохранение в РФ», необходимо повышение производительности и эффективности использования человеческих ресурсов при оказании медицинских услуг (к 2025 г. не менее чем на 30%), при сохранении качества оказания медицинской помощи для всех пациентов в соответствии с нормативными документами Минздрава России. К 2020 г. пересмотр и обеспечение регулярной актуализации образовательных программ среднего специального, высшего и дополнительного образования медицинских специалистов и административных работников с учетом цифровой трансформации процессов в сфере здравоохранения и необходимости владения навыками применения современных информационных технологий в профессиональной деятельности.

*Л. А. ТУТОВ,
д.э.н., профессор,
завкафедрой философии и методологии экономики
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ФИЛОСОФИЯ ПАЦИЕНТА¹

Аннотация. Каждый пациент является носителем определенного мировоззрения, отличающегося от обыденного взгляда на мир, и предполагает наличие системы ценностей, в которой важное место занимает хорошее здоровье. Для построения оптимальной жизненной траектории необходимо выявить такую модель поведения человека, базовые параметры которой соответствовали бы эффективному расходованию ресурсов здоровья и обеспечивали бы долголетие и поддержание активности людей на всем протяжении их жизни.

Ключевые слова: модель поведения человека, философия пациента, ценности здоровья.

Каждый человек хоть раз в жизни обращается за помощью к врачу, поэтому любого индивида, больного или здорового, можно назвать реально или потенциально пациентом. Философия пациента — понятие, которое имеет различные трактовки. Во-первых, предполагает наличие определенной системы ценностей, которыми руководствуется пациент в своем поведении. Во-вторых, философия пациента — это модель поведения человека, для которого функция максимизации полезности связана с хорошим здоровьем. В-третьих, системный взгляд на поведение человека, для которого здоровье является одним из важнейших параметров. В-четвертых, эволюция взглядов пациента в течение жизни и влияние на них внешней среды, включая достижения научно-технического прогресса. Все четыре трактовки взаимосвязаны между собой. Поэтому целью доклада является формирование целостного взгляда на систему ценностей пациента, который ориентируется на приоритет хорошего здоровья на протяжении всей своей жизни. Для достижения поставленной цели предполагается построение рабочей модели пациента на основе определения ключевых параметров.

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-010-00686.

В истории философии взгляды на фактор хорошего здоровья как важного условия для самореализации человека менялись. Несмотря на различие в подходах, сложилось представление о том, что душевное равновесие — залог хорошего здоровья и духовное и физическое здоровье неразрывно связаны. Современные представления о пациенте можно интерпретировать на основе рабочей модели человека, используемой в неоклассической экономической теории. Такой подход можно оправдать тем, что в модели человека в экономической науке преломляется мировоззренческий и идеологический контекст определенной эпохи, отражаются господствующие философские идеи и учения, реконструируются основные характеристики поведения человека. Выделяют шесть основных параметров [1, с. 8–56; 2, с. 7–14]: выбор, существование предпочтений и ограничений, процесс оценивания, принятие решения на основе собственных предпочтений, ограниченность информации и рациональность. Основаниями для возникновения ситуации выбора являются, с одной стороны, ограниченность ресурсов, важнейшим из которых является здоровье, а с другой — возможность их использования для удовлетворения различных потребностей. То есть выбор — это совокупность действий, которые выполняет человек для удовлетворения потребностей в условиях ограниченности ресурсов, допускающих альтернативные варианты использования. Человек может быть заядлым курильщиком, понимая, что вредная привычка укорачивает ему жизнь, однако удовольствие, которое он получает от курения, ценится им больше, чем отведенные ему годы при условии здорового образа жизни. Когда речь идет о нашем здоровье, мы оказываемся в сложной ситуации выбора, оценить последствия, которого мы не всегда в состоянии. Это выбор финансовых условий оказания медицинской помощи и лечебного заведения, в котором мы хотим получать услуги, выбор врача, который сможет оказать нам адекватную помощь, выбор медицинских процедур, которые будут эффективны для лечения нашего здоровья, последовательность в выполнении назначений и рекомендаций врачей.

Представление поведения пациента сквозь призму рабочей модели человека и шести основных ее параметров при условии их дополнения и корректировки позволяет получить целостное представление о поведении человека, который, руководствуясь определенной системой ценностей и обладая ограниченными ресурсами, стремится реализовать различные потребности, главная из которых физическое и духовное качество жизни.

Список использованной литературы

1. *Автономов В. С.* Модель человека в экономической науке. — СПб.: Экономическая школа, 1998.
2. *Тутов Л. А., Шаститко А. Е.* Модели человека в институциональной экономической теории. — М.: МАКС Пресс, 2012.

Е. М. РАЗУМОВСКАЯ

*д.э.н., профессор,
завкафедрой менеджмента в социальной сфере
ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

В. В. ЦАЛИКОВА,

*к.э.н.,
доцент кафедры менеджмента в социальной сфере
ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ

Аннотация. В представленном материале обсуждается проблема методологического сопровождения программ, реализуемых в сфере охраны общественного здоровья и предоставления медицинской помощи.

Ключевые слова: методология, философия, принципы познания, теории, концепции, категории, законы познания, государственные программы.

Методология обычно трактуется как учение о методе познания или совокупности методов, применяемых в какой-либо сфере деятельности (см., например, [9, с. 306]). Одной из распространенных точек зрения является отождествление методологии с философией [6, с. 291–292]. Однако этот подход не безупречен. Несомненно, философия как единство диалектики, гносеологии и логики является «душой» методологии, поскольку выступает не только в качестве основы познания природы, общества и мышления, но и в качестве общетеоретической основы исследования в любой сфере [5, с. 72]. Представленное в философии единство теории и метода детерминирует ее органическую связь со всеми науками. Философские законы и категории, такие как закон перехода количества в качество, абстрактное и конкретное, содержание и форма, цели и средства, общее и особенное, являются универсальными. В них обобщен познавательный опыт всех научных направлений, с одной стороны, с другой — они приносят в каждую конкретную науку методологические знания в их интегрированном виде.

Таким образом, философия является теоретико-мировоззренческой основой в системе всеобщих методов познания. Вместе с тем философия

не охватывает методологию полностью. Принято считать, что последняя включает в себя нефилософскую часть: концепции, законы, теории, принципы, методы, моделирование, технологии, которые играют гносеологическую роль.

Методологическое значение имеют соотношения теории и практики, их взаимопереходы, определение путей и форм реализации научных знаний в преобразовании действительности.

Принято считать, что методология предполагает следующие уровни:

- диалектико-мировоззренческий, определяющий общие принципы познания в целом (высший — философский уровень);
- общенаучный (средний — междисциплинарный), используемый при познании особой группы однотипных объектов;
- частнонаучный, применяемый в процессе познания однотипных объектов;
- переходный уровень: от познавательного-теоретического к практическо-преобразовательной деятельности¹.

Вышеизложенное позволяет утверждать, что основные элементы методологии, представляющие собой концептуальные основы, должны получать соответствующее отражение в законодательстве. Поскольку в нем воплощается мировоззренческая позиция, не позволяющая допускать противоречий в нормотворческой деятельности.

Обращаясь к проблемам методологии управления общественным здоровьем, прежде всего следует обратить внимание на ее отсутствие, что является одной из основных причин неэффективности проводимых реформ и реализации многочисленных программ. Количественное накопление, но не любое, должно переходить в качественное позитивное преобразование действительности системы, чего в сфере охраны здоровья мы не наблюдаем.

Рассматривая управление общественным здоровьем, хочется остановиться на проблемах государственного регулирования и государственных гарантиях, определяющих права человека на получение бесплатной доступной и качественной медицинской помощи.

Следует взять за концептуальную основу переход российской системы здравоохранения от «медицины лечения к медицине профилактики». При формировании методологии следует иметь в виду сочетание целого и части, содержания и формы с целью применения единых подходов в условиях дифференциации российских регионов.

При определении набора гарантированных видов медицинской помощи необходимо учитывать следующие аспекты:

¹ См.: Керимов Д. А. Методология права. — М. — С. 50.

- какие виды помощи должны предоставляться пациенту бесплатно, за счет средств бюджета или оплачиваться из Фонда обязательного медицинского страхования;
- какими медицинскими учреждениями такая помощь предоставляется;
- какие категории пациентов имеют право на получение первоочередной бесплатной медицинской помощи.

Данные аспекты отражены в Конституции Российской Федерации: в ст. 7 прописано, что «Российская Федерация — социальное государство, где охраняется труд и здоровье людей, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, инвалидов и пожилых граждан». Представляется очевидным, что этой статьей Конституции Россия зафиксировала свою приверженность Концепции социального рыночного хозяйства. В ст. 41 прописано, что «каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Вышеизложенное означает, что Программы госгарантий должны предусматривать все виды социально необходимой медицинской помощи бесплатно для пациента в государственных и муниципальных государственных учреждениях.

Принимая во внимание такие категории, как цели и средства, общее и особенное, следует отметить, что появление в нашей стране в начале XX в. нового источника финансирования здравоохранения в виде средств обязательного медицинского страхования не принесло положительного социального эффекта, поскольку перекрывалось резким сокращением бюджетного финансирования. Общий объем расходов на здравоохранение и в настоящее время не обеспечивает эффективного функционирования системы предоставления медицинской помощи и не удовлетворяет потребности населения. В частности, реализация программы оптимизации привела к банальному сокращению медицинских учреждений, от чего пострадали прежде всего сельские жители. Таким образом, обязательства государства в отношении предоставления населению бесплатной медицинской помощи оказались декларированными. Дальнейшая маркетинговая в системе здравоохранения ведет к кастомизации в получении медицинской помощи, что противоречит Конституции Российской Федерации и не принесет положительных результатов построения модели медицины профилактики и здорового образа жизни.

Список использованной литературы

1. Конституция Российской Федерации. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2016.

2. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на период 2019–2020 гг.
3. Федеральный Закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ», 2011.
4. Федеральный Закон № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Действующая редакция, 2018.
5. *Алексеев П. В.* Предмет, структура и функции диалектического материализма. — М., 1978.
6. *Андреев И. П.* Проблемы и методологии познания. — М., 1972.
7. *Киселев С. В., Сабитов М. Х.* Экономика здравоохранения. — Казань: ГУП ПИК «Идел-Пресс», 2011.
8. *Сабитов Р. А.* Учение о последствиях преступлений. — М.: Юрлитинформ, 2015.
9. Словарь иностранных слов. — М., 1988.

З. Р. ЗИГАНШИНА,

*к.э.н., доцент кафедры менеджмента в социальной сфере
ИУЭФ КФУ,*

г. Казань,

*ст. преподаватель кафедры экономической теории и социальной работы
КГМУ Минздрава РФ, г. Казань*

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ГРАЖДАН ЗА СОБСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Аннотация. Статья посвящена вопросам создания нового метода управления общественным здоровьем в условиях проявления всего спектра инновационного потенциала отрасли здравоохранения посредством необходимой мотивации создателей медицинских услуг к творческой деятельности, позитивного отношения к проводимым инновациям и как результат трансформации потребителей медицинских услуг в пациентов с «инновационным отношением к собственному здоровью».

Ключевые слова: индивидуальная ответственность, здоровье, ценность, здравоохранение, диспансеризация.

В эпоху развития биоинформатики и медицинских роботов, появления профессий молекулярных диетологов и консультантов по здоровой старости медицинское знание становится важнейшим феноменом культуры, от которого зависит сохранение психического и физического здоровья граждан, перспективы развития цивилизации. Данное обстоятельство и закономерности развития знания вообще, в частности медицинского, обуславливают необходимость методологического осмысления сущности и структуры знания в медицине, исследования современных теоретических и методологических проблем его роста. Медицина как наука — это специфическое единство ценностных и познавательных форм отражения и преобразования действительности, где аккумулируются знания о здоровье, отклонениях от его нормы — болезнях человека, профилактике и лечении, о влиянии на него природных, социальных, духовных и других факторов.

Философско-методологическая культура является основной предпосылкой научно-исследовательского и практического успеха. Понимание сущности человека как философское и методологическое основание медицины, формирование научных и методологических предпосылок превращения медицины из натурфилософского состояния в научно-рационали-

стическое знание необходимо искать в философских концепциях эпохи. Необходимость совмещения социальной справедливости, индивидуальной свободы и экономической эффективности в принятии управленческих решений органами власти обуславливает трансформацию существующей модели здравоохранения, которая, несомненно, должна иметь инвестиционный характер, воспитывать граждан с «инновационной культурой» отношения к собственному здоровью, способствуя сохранению и развитию человеческого капитала, тем самым обеспечивая эффективный механизм регулирования отрасли.

«Специалист, анализирующий генетическую карту пациента, разрабатывающий индивидуальные программы его сопровождения (диагностика, профилактика, лечение) и предлагающий соответствующие страховые медицинские продукты. Логическое продолжение тренда, связанного с индивидуальным подходом к лечению. Кроме того, с широкими возможностями генетического анализа и прогнозирования многие болезни будет проще предотвратить, чем лечить, а знание конкретных рисков позволит подобрать индивидуальную модель страхования», — именно так в «Атласе новых профессий» описывается авторами (Агентство стратегических инициатив РФ, Московская школа управления «Сколково») профессия медицины будущего — эксперт персонифицированной медицины.

Цель используемого нами метода заключается в создании системы персонифицированного учета и картографирования с учетом всех факторов здоровья населения как инструмента управления общественным здоровьем. «Территориальные карты здоровья», предложенные нами, — это медико-географические карты, построенные на основе:

- экологических карт района, где проживает прикрепленное к университетской клинике население (состояние и качество окружающей среды, проявляющиеся в неблагоприятном влиянии на здоровье населения);
- географических карт (природных, социально-бытовых и производственных) с определением предпосылок болезней человека, свойственных природным и производственным территориальным комплексам, их сочетания и условий проявления;
- видеоэкологических карт (влияние разных аспектов окружающей среды (визуальной среды) на рост психических заболеваний, определение количества людей, страдающих близорукостью);
- карт, сформированных на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения;
- нозогеографических карт, характеризующих фактическое распространение болезней;
- карт здоровья населения;

- демоэкологических карт, показывающих районы повышенной смертности населения и ее возможные причины;
- карт данных медицинских информационных систем клиник (категория льгот, инвалидность, диспансерный учет, антропометрия, карта прививок, трансфузиологический анамнез, аллергологический анамнез, вредные привычки, сопутствующие заболевания, бесплодие, последние заболевания и т.д.).

Менеджмент здоровья предполагает не только контроль финансового благополучия клиента, но и последовательное наблюдение за его самочувствием. В начале пути личный консультант определяет риски, с которыми могут столкнуться клиенты, путем построения территориальной карты здоровья при условии продолжения ведения привычного образа жизни. Следующим этапом менеджер совместно с врачом разрабатывает индивидуальные программы, вводит коррективы и составляет план достижения поставленных целей.

«Территориальные карты здоровья» — это инструментальный шаг к переходу на совершенно новый принцип построения системы здравоохранения, позволяющий проводить анализ половой, возрастной, национальной предрасположенности населения к определенным видам заболеваний, выстраивать индивидуальную траекторию управления здоровьем граждан, работать со случаем.

Список использованной литературы

1. *Зиганшина З. Р.* Организационно-экономические основы развития регионального здравоохранения на базе создания университетских клиник: дис. ... канд. экон. наук. — М., 2017. — 174 с.
2. *Зиганшина З. Р.* Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // *Экономические науки.* — 2016. — № 6 (139). — С. 17–19.
3. *Зиганшина З. Р.* Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // *Экономические науки.* — 2016. — № 6 (139). — С. 25–28.

*М. И. САМОШЕСТ,
исполнительный директор
Всероссийского общественного движения добровольцев
в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики»,
г. Москва*

ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ ДОБРОВОЛЬЦЕВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ВОЛОНТЕРЫ-МЕДИКИ»

Аннотация. Статья посвящена истории общественного движения добровольцев в сфере здравоохранения. Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики» существует с 2013 года. Организация занимается помощью медицинскому персоналу в лечебно-профилактических учреждениях, профориентацией школьников, популяризацией здорового образа жизни и профилактикой заболеваний. Все это совершается неравнодушными волонтерами, которые хотят получать навыки и опыт работы в сфере здравоохранения. «Больше чем студенты медики, больше чем только молодежь, больше чем просто Волонтеры».

Ключевые слова: волонтеры-медики, здоровый образ жизни, профилактика заболеваний.

История движения началась в 2012 г. с гражданского проекта «Волонтеры Склифа» в НИИ СП им. С. В. Склифосовского. В 2013 г. после послания Президента России В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации: «Нам нужно возрождать традиции милосердия. Предлагаю организовать в России широкое движение добровольцев, готовых работать в системе здравоохранения, оказывать посильную помощь», проект «Волонтеры Склифа» получил поддержку и был преобразован в общественное объединение «Волонтеры-медики».

Ключевыми партнерами стали: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральное агентство по делам молодежи, Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья при Министерстве здравоохранения РФ, ФГБУ «Роспатриотцентр», Ассоциация волонтерских центров России.

Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики» сегодня:

- 71 региональное отделение,
- 13 000 волонтеров,
- 230 медицинских организаций,

- **155** образовательных организаций высшего и среднего медицинского профессионального образования,
- **150** общеобразовательных организаций.

ВОД «Волонтеры-медики» — ключевой общественный ресурсный центр медицинского волонтерства. Своей деятельностью волонтеры-медики повышают уровень медицинской грамотности населения и вносят вклад в формирование здоровья нации.

Волонтеры-медики оказывают значительную поддержку сфере здравоохранения в решении социально значимых проблем по таким приоритетным направлениям, как:

1. Помощь медицинскому персоналу.
2. Санитарно-профилактическое просвещение населения (включая популяризацию здорового образа жизни).
3. Помощь в медицинском обеспечении спортивных и массовых мероприятий.
4. Профорентация школьников в медицину.
5. Популяризация кадрового донорства.
6. Популяризация здорового образа жизни.
+ специальные проекты

1. Волонтерская помощь младшему и среднему медицинскому персоналу.

Волонтеры ВОД «Волонтеры-медики» на протяжении пяти лет оказывают помощь младшему и среднему медицинскому персоналу в больницах и поликлиниках. Свою деятельность волонтеры осуществляют согласно подписанному с медицинской организацией регламенту, в котором определен их функционал. На данный момент для 2000 волонтеров-медиков открыты двери 500 отделений 230 больниц.

За 2013–2017 гг. волонтеры оказывали помощь в больницах более 1,4 млн часов.

2. Санитарно-профилактическое просвещение населения. Волонтеры-медики ведут системную работу по профилактике социально значимых заболеваний и различных форм зависимостей в образовательных организациях среднего и высшего образования, а также в трудовых коллективах.

На базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации волонтеры регулярно проходят сертифицированное дистанционное обучение. За два года выпускниками образовательных курсов стали более 1000 волонтеров-медиков со всей страны. Выпускниками было проведено более 1500 тренингов по санитарно-профилактическому просвещению в различных регионах, 65 региональных и 8 крупнейших всероссийских акций.

Крупнейшими всероссийскими акциями стали:

- «Соль + йод: IQ сэкономит!» 24–25 ноября 2017 г.

Акция прошла более чем в 60 субъектах РФ, охватив порядка 900 000 человек. По итогам проведенного опроса о йододефицитных заболеваниях, участие в котором приняли 60 327 россиян, 75,8% граждан высказались за принятие закона о всеобщем йодировании соли на производствах Российской Федерации.

- «СТОП ВИЧ/СПИД» 1 декабря 2016 г. и 15–21 мая 2017 г.

Участники: 60 субъектов РФ, 715 000 человек, 2000 волонтеров-медиков. Более 400 тренингов и лекций на тему профилактики ВИЧ-инфекции.

- Всероссийская акция «Будь здоров!» 7–10 апреля 2017 г.

Тема акции: «Депрессия: давай поговорим».

Участие в акции приняли 400 000 человек из 85 регионов России. Задействовано более 3500 волонтеров-медиков. Проведены просветительские работы в рамках тематики акции в более чем 138 организациях.

Специальные проекты:

- 1) Федеральная программа «Дети на защите взрослых»

Цель программы — повысить уровень информированности школьников об инсульте, а также сформировать у них навыки распознавания инсульта. Участниками программы стали 30 000 школьников из 80 городов России.

- 2) Федеральная программа «Вместе против ВИЧ»

В рамках программы совместно с Фондом социально-культурных инициатив на постоянной основе реализуются просветительские и профилактические интерактивные мероприятия (10 различных форматов), в том числе всероссийские акции «СТОП ВИЧ/СПИД».

- 3) Федеральная программа «Соль + йод: IQ сбережет»

Цели программы — привлечение внимания жителей страны к йододефицитным заболеваниям, а также повышение информированности населения о росте встречаемости этой патологии, ее последствиях и мерах профилактики.

- 4) Федеральная программа по мониторингу и профилактике ухудшения зрения у школьников

Цель программы: мониторинг зрения у школьников с помощью специализированной системы, позволяющей создавать индивидуальные рекомендации детям для сохранения их зрения.

- 5) Федеральная программа по сохранению здоровья полости рта

Цель программы — снизить уровень стоматологической заболеваемости посредством повышения грамотности населения в отношении профилактики и ухода за полостью рта, а также вовлечь студентов-стоматологов в медицинское добровольчество.

3. Помощь в медицинском обеспечении спортивных и массовых мероприятий. Совместно с кафедрой спортивной медицины и медицинской

реабилитации Сеченовского университета разработан уникальный образовательный курс и методическое пособие.

Выпускники направления помогают бригадам «Скорой медицинской помощи» и врачам на спортивных и массовых мероприятиях. При участии волонтеров-медиков проведено более 40 спортивных и массовых мероприятий («Бессмертный полк», турнир «Кубок Владислава Третьяка» и др.). Волонтеры-медики будут принимать участие в медицинском обеспечении мероприятий Чемпионата мира по футболу 2018 г.

4. Профориентация школьников в медицину. Волонтеры-медики, которые являются студентами старших курсов, проводят лекции по профориентации школьников старших классов в медицину и организуют работу школьных волонтерских отрядов по направлению «Волонтеры-медики».

5. Популяризация кадрового донорства. Цель — развитие регулярного кадрового донорства крови, создание сообщества активных доноров-волонтеров, которые будут не только регулярно сдавать кровь, но и с помощью приобретенных в процессе обучения знаний привлекать внимание общества к проблеме донорства крови. Школа ответственных доноров включает в себя: образовательный курс для доноров-волонтеров, который направлен на разъяснение медицинских, правовых и нравственных аспектов донорства крови и ее компонентов; активную просветительскую работу с населением, оказание волонтерской помощи ресурсным центрам по развитию донорства крови в регионе и другим донорским организациям.

6. Популяризация здорового образа жизни. Целью направления является популяризация и формирование у людей приверженности здоровому образу жизни на основе взаимодействия широких слоев населения и добровольцев немедицинского профиля.

*Е. Г. ГАВРИНА,
к.ф.н., доцент кафедры философии и методологии экономики
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА¹

Аннотация. Современные тенденции развития рыночных отношений в медицине и усиление конкуренции заставляют пересмотреть роль этических принципов построения взаимоотношений врача и пациента. В докладе дается характеристика доверия как ключевого элемента построения доверительных отношений в процессе лечения. Рассмотрены основные поведенческие модели врача и пациента, и сделан вывод об эффективности контрактной модели.

Ключевые слова: доверие, этика, профессиональная этика, медицинская этика, модель.

Этические нормы охватывают все сферы жизнедеятельности человека. Их совокупность является основой для любой профессиональной деятельности и образует ключевые постулаты профессиональной этики. И именно соблюдение профессиональной этики является залогом доверия пациента к врачу и ключевым вектором развития процесса выздоровления. Неправильные действия медицинского персонала, грубое отношение, случайно ставшее известным мнение о пациенте, высказанное коллегам, или необоснованные предположения о ходе развития заболевания могут привести к негативным последствиям.

Профессиональная этика определяет нравственные основы, которые присущи тому или иному профессиональному сообществу. Она регулирует взаимодействия специалиста с окружающими его людьми, его отношение к своим обязанностям, деятельности, профессиональному долгу.

Одним из видов профессиональной этики является медицинская этика. В сферу проблем этой науки входят: этические требования, выдвигаемые к поведению медицинского работника и его отношению к своей профессии; взаимоотношения между представителями медицинского учрежде-

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-010-00686.

ния между собой, больными и родственниками больных. Из вышеперечисленных вопросов ключевым является аспект взаимодействия врача и пациента. Базисом благоприятного развития сотрудничества является не только высокая квалификация, знания, умения и опыт, но и владение общепринятыми нормами общения, такими как уважение личности индивида, чуткость, отзывчивость, сострадание, внимание, стремление понять психическое состояние и построить равноправный диалог исходя из сложившейся ситуации. Традиционно в сфере этических взаимоотношений врача и пациента выделяют четыре модели поведения. Эти модели были разработаны американским философом Робертом Витчем. В каждой из этих моделей можно выделить ряд как положительных, так и отрицательных этических норм, делающих их актуальными в настоящее время.

1. Техническая модель. В рамках этой модели пациент рассматривается как сложное устройство, которое необходимо отремонтировать, а врач выступает в роли техника. Первостепенное значение играют стремление врача реализовать свои знания, использовать современные технологии и методы диагностики и лечения. При этом принципы профессиональной медицинской этики уходят на второй план. Такого врача характеризует неуважительное отношение к пациентам, стремление свести до минимума общение с ним, полное или частичное игнорирование жалоб больного и предпочтение ориентироваться на показания используемых приборов.

Такая модель взаимоотношений характерна для врачей узкой специализации, имеющих дело в основном с технической сферой. Однако она недопустима для врачей, большую часть времени которых занимает работа с людьми. Избегание этических норм взаимоотношений с пациентом, объективность и рационализм могут привести к тому, что врач превратится «в водопроводчика, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими вопросами» [2]. В рамках этой модели мы можем определить доверие не как равноправный диалог, а скорее как уверенность пациента в глубоких теоретических знаниях врача и умении применять их на практике.

2. Сакральная (патерналистская) модель. Основными чертами врача, строящего взаимоотношения с пациентом в рамках этой модели, являются сострадание, доброта, учтивость, стремление оказать помощь и поддержку не только в плане диагностики и лечения заболевания, но и морально. При этом врач выступает в роли любящего и заботливого отца (матери), а пациент — в роли беззащитного дитя, рассчитывающего на помощь и поддержку. Врач при общении с больным полностью берет бремя ответственности на себя и рассматривает пациента не как нечто безличное, дополнительную цифру в отчете, а как личность. Этим и объясняется мотивация врача к взаимодействию.

Сакральная модель взаимоотношений представляет собой классическую систему «врач—пациент», которая зародилась вместе с самой маленькой ячейкой общества — семьей, где первоначально роль врача выполняла мать или старшая дочь, затем формировалась в рамках семейных традиций и передавалась от отца старшему сыну, а затем окончательно сформировалась как этическая модель профессиональной врачебной деятельности и нашла отражение в клятве Гиппократ; Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 71 «Клятва врача»; Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Однако и эта модель имеет свои недостатки: отсутствие равноправия в принятии решения о лечении болезни между врачом и пациентом, что является причиной возникновения недоверия со стороны больного.

3. Коллегиальная модель. Эта модель основана на равноправии врача и пациента. В основе находится равноправный диалог, где каждая из сторон принимает активное участие в рассмотрении проблемы заболевания и поиске оптимальных методов лечения.

Однако эта модель по своей природе является утопией. Основными причинами, которые препятствуют полной реализации модели, являются, с одной стороны, понятие «медицинской тайны», согласно которому врач не вправе раскрывать все аспекты заболевания пациенту и также все нюансы планируемого лечения, чтобы не вызвать состояние «скрытого испуга». А с другой стороны, в рамках рыночной экономики врач и пациент преследуют разные цели. Для врача главное — увеличить доход, а для пациента — выбрать путь лечения с минимальными затратами.

4. Контрактная модель. Согласно этой модели, взаимоотношения врача и пациента строятся на основе договора, в котором четко описываются функции, права и обязанности сторон. По своей природе эта модель лишена недостатков изложенных выше моделей и учитывает как желание пациента, так и врача и направлена на взаимовыгодное сотрудничество. Именно в этой модели происходит реализация доверия пациента к врачу как уверенность в том, что индивид, которому мы доверяем, не обманет наши ожидания и выполнит свои обязательства качественно.

На основании проведенного анализа сделаны следующие выводы:

1. Доверие является ключевым элементом формирования взаимоотношений врача и пациента.
2. Доверительные отношения пациента строятся на основе соблюдения врачом норм медицинской этики.
3. Для современного развития общества наиболее оптимальной является контрактная модель взаимоотношений, так как регламентированные взаимоотношения дают пациенту уверенность в том, что его рассматривают как свободную личность, а врачу позволя-

ют выполнить свои профессиональные обязанности, строго соответствуя нормам и правилам медицинской этики.

Список использованной литературы

1. *Батышев А. С., Батышева Т. Т.* Врач+пациент: философия успеха. — М.: ВК, 2011.
2. Биоэтика. Проблемы и перспективы // Вопросы философии. — 1994. — № 3. URL: <http://www.kph.npu.edu.ua/e-book/clasik/data/vopros/06.html>
3. *Вартанян Ф. Е.* Этические аспекты современного здравоохранения // Здравоохранение. — 2008. — № 3. — С. 12–14.
4. *Дернер К.* Хороший врач. URL: <http://bookfi.net/book/760852>
5. *Косарев И. И., Сахно А. В.* Нравственная ответственность врача в современном мире. — М., 1987.
6. *Сук И. С.* Врач как личность. — М.: Медицина, 1984.
7. *Эльгаров А. А.* Медицинская этика и деонтология. — Нальчик: Кабардино-Балкарский государственный университет, 1985.

РАЗДЕЛ II

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е. В. ЕГОРОВ,

*д.э.н., профессор кафедры философии и методологии экономики
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. В докладе рассматриваются методология формирования эффективной стратегии укрепления общественного здоровья в России, современные концепции экономики здоровья и модели общественного здоровья, особенности современных Госпрограмм РФ «Развитие здравоохранения», связанные с развитием профилактики и формированием здорового образа жизни населения (ЗОЖ), региональные целевые программы формирования ЗОЖ и их результаты. Обоснована эффективность комплексного межсекторального многоуровневого подхода к формированию ЗОЖ населения РФ.

Ключевые слова: экономика общественного здоровья, теория человеческого капитала, концепция человеческого развития, модели общественного здоровья, факторы риска, профилактика, здоровый образ жизни, государственные программы, комплексный межсекторальный подход.

В основе формирования эффективной стратегии укрепления общественного здоровья в современной России лежит переход от концепции экономики здравоохранения к экономике общественного здоровья, отражающей комплексный подход к проблеме оптимального распределения ограниченных ресурсов по приоритетным направлениям укрепления здоровья населения.

Теория человеческого капитала, включающая концепцию капитала здоровья, отражает подход к экономике общественного здоровья с точки зрения повышения качества национального человеческого капитала как важнейшего фактора развития современной экономики, играющего ведущую

роль в структуре национального капитала Российской Федерации и развитых стран. На Всемирном экономическом форуме (Давос, 2015) был представлен рейтинг стран мира по Индексу развития человеческого капитала (Human Capital Index 2015). При его определении учитывались четыре группы показателей: 1) образование и профессиональная подготовка; 2) здоровье, физическое и психологическое благополучие; 3) трудоустройство и занятость; 4) инфраструктура, правовая защита, социальная мобильность. Российская Федерация в данном рейтинге заняла 26-е место, отставая от стран с сопоставимым уровнем экономического развития по качеству медицинского обслуживания и продолжительности здоровой жизни населения [9]. В глобальном рейтинге Human Capital Index 2017 Россия заняла 16-е место. При этом в данном рейтинге показатели капитала здоровья практически не учитывались, за исключением ожидаемой продолжительности здоровой жизни [10, с. 157].

Концепция человеческого развития направлена на развитие человеческого потенциала всех граждан как конечной цели экономического развития. Повышение ожидаемой продолжительности жизни является важнейшим критерием развития человеческого потенциала страны. Согласно мировому рейтингу 2014 г., по сводному индексу человеческого развития Российская Федерация занимала 57-е место. При этом по ожидаемой продолжительности жизни — 126-е место [7, с. 159–160]. В рейтинге стран-участниц 2016 г. Россия заняла 49-е место. По ожидаемой продолжительности жизни Российская Федерация занимала 110-е место [8, с. 198].

Современные модели общественного здоровья позволяют выявить важнейшие социально-экономические, природные, биологические и медицинские факторы, определяющие потенциал общественного здоровья, и дать примерную оценку вклада каждого из них. Согласно имеющимся данным, здоровье россиян на 50–55% зависит от образа и уровня жизни. Вклад здравоохранения оценивается в 10–15%, воздействие экологических факторов — 20–25%, генетических — 10–15% [6].

Выявление важнейших факторов риска и определение их влияния на основные показатели потерь общественного здоровья — одна из ключевых задач экономики общественного здоровья. Это дает возможность сформировать эффективную комплексную стратегию и программы по снижению воздействия важнейших факторов риска на жизнь и здоровье населения страны, распределив ограниченные ресурсы по приоритетным направлениям укрепления общественного здоровья.

Важнейшими факторами риска, вносящими наибольший вклад в общую смертность населения страны, являются артериальная гипертония (35,5% вклада), повышенное содержание холестерина в крови (23%), курение (17,1%), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9%), ожирение (12,5%), избыточное потребление алкоголя (11,9%), низкая фи-

зическая активность (9%). При этом признается ведущая роль факторов риска, связанных с образом жизни населения [2].

В Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» на 2013–2020 гг. был отражен комплексный подход к определению важнейших факторов риска и политики снижения их распространенности у населения Российской Федерации с использованием методов профилактики и формирования ЗОЖ [1].

С 2018 г. Госпрограмму РФ «Развитие здравоохранения» решено перевести на проектное управление с реализацией ее мероприятий в 2018–2025 гг. Одновременно ранее действовавшая госпрограмма утратила силу.

Целями новой программы являются: рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении с 73 лет в 2017 г. до 76 лет к 2025 г., снижение смертности населения в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения и новообразований, повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Программа включает девять направлений (подпрограмм), первым из которых является «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни».

В рамках 1-го направления осуществляется приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни («Укрепление общественного здоровья»)», предполагающий увеличение доли граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 60% к 2025 г. путем формирования у них ответственного отношения к своему здоровью, реализуемый в 2017–2025 гг. Постановлением Правительства РФ № 1640 рекомендуется органам власти субъектов РФ при совершенствовании региональных программ развития здравоохранения учитывать положения новой Госпрограммы страны [5].

В 60 субъектах РФ в предшествующие годы осуществлялись целевые программы по формированию основ ЗОЖ населения. В современных условиях большинство из них были закрыты или завершены в 2015 г. Вместо них реализуются отраслевые региональные программы развития здравоохранения, физической культуры и спорта, образования и др.

В 2015 г. Правительство РФ отчиталось о результатах работы по формированию ЗОЖ граждан. В частности, увеличилось количество лиц в возрасте 15 лет и старше, не употребляющих алкогольные напитки (в 2011 г. — 38,2%, в 2014 г. — 41,6%), число некурящих лиц (в 2011 г. — 61,8%, в 2014 г. — 63,5%). В 2012 г. 20,6% населения Российской Федерации привлечено к систематическим занятиям физической культурой и спортом, в 2014 г. — 29,3% [4]. Данный программно-целевой подход к формированию ЗОЖ дал свои результаты и в 2015–2016 гг. [3].

В новых условиях необходимо обеспечить комплексный многоуровневый межсекторальный подход к решению проблемы формирования ЗОЖ населения регионов Российской Федерации, опирающийся на вза-

имодействие различных отраслей и секторов. При этом субъектам РФ целесообразно использовать при разработке региональных приоритетных проектов формирования ЗОЖ положительный опыт реализации целевых комплексных региональных программ формирования ЗОЖ, разработки комплексных концепций формирования ЗОЖ населения регионов и дорожных карт мероприятий по их реализации с созданием межведомственных координационных советов.

Список использованной литературы

1. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» на 2013–2020 годы. Утверждена Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 // Собрание законодательства РФ. — 2014. — № 17. — Ст. 2057.
2. Доклад Всемирного банка «Рано умирать». Всемирный банк, 2005.
3. Здравоохранение Российской Федерации. Итоги 2016 года. — М.: Минздрав РФ, 2017. — С. 12.
4. Отчет Правительства РФ «О формировании здорового образа жизни граждан России» от 29.03.2015. Официальный сайт Правительства РФ: <http://government.ru/orders/17442/>
5. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» (с изм. на 01.03.2018). URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/71848440/paragraph/1:0>
6. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2000 № 1202-р «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г.».
7. Human Development Report 2014. — UNDP, NY, 2014. — P. 159–160.
8. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone. — UNDP, NY, 2016. — P. 198.
9. Human Capital Report 2015. WEF, 2015. URL: <http://reports.weforum.org/human-capital-report-2015/rankings/>
10. The Global Human Capital Report 2017. Preparing people for the future of work. WEF, 2017. — P. 157.

*И. Б. МИНУЛИН,
начальник отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности
ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора,
г. Москва*

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности является стратегической задачей и одним из основных приоритетов государственной политики в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. При этом чрезвычайно актуальным является вопрос внедрения в медицинских организациях эффективных систем управления качеством.

В соответствии с Государственной программой «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» к 2020 г. 95% всех организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, должны иметь функционирующую систему управления качеством. Под управлением качеством при этом понимают организацию и контроль качества и безопасности медицинской деятельности для обеспечения потребности граждан Российской Федерации в медицинской помощи [1].

Кроме того, актуальность построения в медицинских организациях системы управления качеством предопределяется и постепенно внедряемым Росздравнадзором риск-ориентированным подходом при организации государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предполагающей классификацию медицинских организаций по потенциальному риску причинения вреда жизни и здоровью граждан.

Действующая на сегодняшний день нормативно-правовая база в Российской Федерации предполагает выстраивание системы управления качеством путем организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Внутренний контроль является лицензионным требованием для осуществления медицинской деятельности и предметом проверок Росздравнадзора в рамках осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В соответствии со ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения

осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями данных организаций [2]. Анализ результатов контрольно-надзорной деятельности Росздравнадзора показывает существенное количество выявленных нарушений порядка организации и проведения медицинскими организациями внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Стандартизация медицинской деятельности является общемировым трендом в управлении качеством. Широкое распространение в международной практике получают методы внешней оценки качества и безопасности медицинской деятельности — аудиты [6]. Современные вызовы определили потребность в формировании единых подходов к управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях [3; 4].

В 2015 г. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора разработаны Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре), в которых содержатся унифицированные подходы к осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Двухлетний опыт апробации Предложений показал, что методология, изложенная в них, позволяет объективно оценить работу медицинских организаций по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, а требования понятны и в целом положительно воспринимаются медицинскими работниками и организаторами здравоохранения. Кроме этого, внедрение Предложений способствует активному междисциплинарному взаимодействию различных специалистов в медицинской организации.

Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности возможно рассматривать как прообраз отраслевого национального стандарта в области управления качеством в здравоохранении.

Проанализировав результаты первичных внешних аудитов качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с единой методологией, предписываемой Предложениями, можно заключить следующее:

1. Практика проведения аудитов на основе Предложений выявила существенные структурные и комплексные проблемы в управлении качеством и безопасностью медицинской деятельности, решение которых выходит за рамки возможностей отдельно взятой медицинской организации и требует активного вовлечения органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации [5];

2. Наиболее проблемными, имеющими значительные несоответствия требованиям, изложенным в Предложениях, являются следующие разделы медицинской деятельности: управление персоналом, обеспечение эпидемиологической, хирургической и лекарственной безопасности (группы требований, касающихся назначения лекарственных препаратов), организация экстренной и неотложной помощи;
3. Отсутствие единых стандартов организации системы, обеспечивающей высокий уровень качества и безопасности медицинской деятельности, делает затруднительным управление системой здравоохранения в целом;
4. Достаточно низкий уровень компетентности и знаний медицинских работников о современных подходах к организации, контролю и управлению медицинской деятельностью является причиной повсеместной распространенности архаичных подходов к решению проблем, к поиску, определению и наказанию виновного в неблагоприятном исходе;
5. У руководителей и небольшой части медицинских работников имеется предметная заинтересованность в изменениях, которые бы обеспечили как пациентам, так и им самим большую безопасность при оказании медицинской помощи.

Список используемой литературы

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации».
3. *Иванов И. В., Швабский О. Р.* Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре // Стандарты и качество. — 2016. — № 10.
4. *Иванов И. В., Швабский О. Р., Минулин И. Б., Эмануэль А. В.* Аудит как инструмент оценки качества медицинской помощи // Стандарты и качество. — 2017. — № 6.
5. *Иванов И. В., Швабский О. Р., Минулин И. Б., Шеблыкина А. А.* Результаты аудитов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях // Менеджмент качества в медицине. — 2018. — № 1.
6. *Shaw C. D.* Accreditation in European health care // Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. — 2006. — Т. 32. — No. 5. — S. 266–275.

М. Н. МАКСИМОВА,
д.э.н., доцент,
завкафедрой экономической теории и социальной работы
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»,
г. Казань

ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ, ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Аннотация. Проведен анализ обеспечения граждан Республики Татарстан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в 2015–2017 гг.

Ключевые слова: льготное обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, Регистр льготной категории граждан; оценки доступности и качества льготного лекарственного обеспечения.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации относится организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 17.01.2005 № 4 утвержден Перечень категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей безвозмездно. Распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 15.06.2017 № 1301-р утвержден Перечень лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, реализуемых гражданам, имеющим право на безвозмездное обеспечение лекарственными препаратами.

Контроль за исполнением мероприятий по льготному лекарственному обеспечению осуществляется Министерством здравоохранения Республики Татарстан (МЗ РТ). В реализации мероприятий участвуют МЗ РТ, Государственное унитарное предприятие «Медицинская техника и фармацевция Татарстана» (ГУП «Таттехмедфарм»), амбулаторно-поликлинические медицинские организации и аптечные учреждения.

С целью оптимизации лекарственного обеспечения предусмотрено создание и ведение Республиканским медицинским информационно-аналитическим центром Регистра льготной категории граждан. На начало 2015 г. на учете состояло 305 228 региональных льготников. В 2015–2016 гг. количество льготников увеличилось на 12%. По итогам 2017 г. — 324 448 льготников. За 2017 г. количество льготников, состоящих в региональном регистре, снизилось на 17 563 физических лица. Снижение обусловлено проведенной актуализацией регистра лиц, имеющих право на безвозмездное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. Из регистра исключены умершие граждане, а также лица, сменившие место жительства и умершие за пределами Республики Татарстан.

При этом число граждан, получающих лекарственное обеспечение за данный период, составляло 30–39% от количества состоящих на учете. Например, не получали лекарственные препараты почти 90% граждан с офтальмологическими заболеваниями, 80% с туберкулезом, 50% астматиков.

По состоянию на 1 января 2018 г. в региональный регистр лиц, имеющих право на безвозмездное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включено 324 448 человек (из них 35,2% — дети первых трех лет жизни, 24,9% — лица, страдающие сахарным диабетом, 8,9% — лица с онкологическими заболеваниями, 8,8% — лица с бронхиальной астмой, 7,5% — лица с офтальмологическими заболеваниями, 7% — лица, страдающие туберкулезом).

Общий объем финансирования льготного (бесплатного) обеспечения граждан лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в 2015–2017 гг. составил 2,606 млрд руб. Ежегодный рост объемов финансирования увеличивался на 7–9% (в 2015 г. — 803,2 млн руб., в 2016 г. — 860,8 млн руб., в 2017 г. — 924,4 млн руб.).

Закупка лекарственных препаратов и их выдача гражданам осуществляются ГУП «Таттехмедфарм». В 2015–2016 гг. ГУП «Таттехмедфарм» поставлено лекарственных препаратов сверх объемов, предусмотренных контрактами на льготное лекарственное обеспечение, на сумму 53 млн руб. Таким образом, имеются риски образования сверхлимитных обязательств, приводящих к увеличению кредиторской задолженности МЗ РТ.

Также ГУП «Таттехмедфарм» осуществляет закупку медицинских изделий для лечебных учреждений республики, которым за 2015–2017 гг. отгружено изделий на сумму 12,21 млрд руб.

Государственным комитетом РТ по тарифам для ГУП «Таттехмедфарм» согласован уровень накладных расходов для обеспечения учреждений здравоохранения республики лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в размере 20%.

По информации Счетной палаты Республики Татарстан, при закупке ГУП «Таттехмедфарм» товаров у поставщиков, не являющихся плательщиками НДС, удорожание для учреждений здравоохранения может достигать 40%.

Отдельные приобретаемые лекарственные средства и изделия медицинского назначения не используются длительное время. В 2015–2017 гг. остаток лекарственных средств, приобретенных для нужд учреждений здравоохранения РТ, не используемых более одного года, возрос в 26 раз и составил 8,2784 млн руб., а срок не востребоваемости отдельных лекарственных средств и изделий медицинского назначения увеличился с одного года до трех лет. Длительные сроки не востребоваемости лекарственных средств приводят к рискам истечения срока их годности и списанию.

ГУП «Таттехмедфарм» для нужд медицинских учреждений республики в отдельных случаях осуществлялась закупка лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения с незначительными остаточными сроками годности их использования. При этом часть приобретенных препаратов не была реализована, не успевает использоваться и была списана по истечении срока годности.

Анализ остатков лекарственных средств для обеспечения льготной категории граждан по состоянию на начало каждого года (2015–2017 гг.) показывает, что, исходя из среднемесячного потребления, имеющиеся остатки позволяют обеспечить льготную категорию граждан медикаментами в течение 3–5 месяцев.

ГУП «Таттехмедфарм» осуществляет закупки в соответствии с действующим законодательством на основании Федерального закона № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». Результаты анализа закупок показывают, что годовая результативность от проведения торгов в анализируемом периоде находится в диапазоне 3–6%. Подобная ситуация обуславливается в том числе таким фактом, что ежегодно порядка 50% закупок ГУП «Таттехмедфарм» производится у единственного участника.

С целью оценки доступности и качества льготного лекарственного обеспечения Счетной палатой РТ был проведен опрос населения в поликлиниках и аптечных учреждениях г. Казани. По мнению опрошенных граждан, основным недостатком при получении льготы на лекарственные средства является необходимость ежемесячного посещения поликлиники для выписки рецепта. На это указали 39% граждан. Также респонденты указывали на перебои в поставках и уменьшение ассортимента лекарственных средств (17%), удаленность поликлиник и аптек от места жительства (9%).

Опрос населения показал недостаточный уровень удовлетворенности граждан номенклатурой препаратов, включенных в льготный пе-

речень, необходимость приобретения более эффективных препаратов за свой счет.

Выявлено, что получают необходимые лекарственные средства в полном объеме две трети опрошенных льготников. Получают не в полном объеме по причине перебоев в поставке лекарственных средств 15% опрошенных.

Респонденты также отметили, что необходимые лекарства в полном объеме им не выписывают в связи с отсутствием наименований препаратов в льготном перечне. В случае отсутствия льготных лекарственных средств в аптечной сети почти половине респондентов приходилось приобретать их за свой счет.

В соответствии с государственными контрактами, заключенными между МЗ РТ и ГУП «Медицинская техника и фармация Татарстана», не допускается нахождение льготных рецептов на отсроченном обслуживании более 10-дневного срока. В то же время, согласно результатам проведенного социологического опроса, почти треть респондентов отмечают, что получали лекарственные средства по истечении 10-дневного срока.

Приведенные факты указывают на наличие резервов по оптимизации системы формирования объемов закупок. Исходя из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

ГУП «Таттехмедфарм» необходимо:

- производить закупки лекарственных средств и изделий медицинского назначения на контрактной основе в соответствии с федеральным законодательством;
- проводить анализ цен у поставщиков на идентичную продукцию;
- в целях уменьшения количества остатков производить закупки лекарственных средств и изделий медицинского назначения с учетом востребованности у населения.

Министерство здравоохранения РТ должно:

- поддерживать в актуальном состоянии региональный регистр лиц, имеющих право на безвозмездное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- продолжить контроль за отпуском лекарственных средств и изделий медицинского назначения аптечным организациям.

И. Н. МОЛЧАНОВ,

*д.э.н., профессор кафедры политэкономии
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ПАРАДИГМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Аннотация. Рассматривается необходимость формирования парадигмы развития здравоохранения в современных экономических условиях. Анализируются факторы, влияющие на деятельность медицинских организаций. Формулируются рекомендации по улучшению организации обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: медицина, страхование, наука, инновации, практика.

Вопросы исследования организационно-экономических основ деятельности в сфере здравоохранения обладают высокой актуальностью. Одним из приоритетов научных исследований в отрасли является разработка и распространение инноваций. В настоящее время основной акцент в практической работе делается на применение новых подходов при профилактике заболеваемости и принятии мер по увеличению продолжительности активной жизни населения. Выбор методов и инструментов для решения данной общегосударственной проблемы является многоаспектной и труднорешаемой задачей, поскольку для ее реализации необходимы значительные объемы денежных ресурсов, которые поступают из различных источников финансирования. Однако выделяемых государством средств на нужды здравоохранения при принятых в настоящее время ограничениях в бюджетной сфере явно недостаточно. Нужны новые подходы к обеспечению финансовой устойчивости системы здравоохранения на различных уровнях управления: не только на федеральном, но также на региональном и муниципальном. Эти вопросы активно обсуждаются в экономических публикациях (см., например, [3]). В сложившихся условиях задача научного сообщества состоит в формировании концептуальных оснований для создания парадигмы развития здравоохранения.

Парадигма как совокупность устойчивых и общезначимых норм, теорий, методов, схем научной деятельности предполагает единство в тол-

ковании теории, в организации эмпирических и интерпретации научных исследований. Понятие парадигмы используется, как правило, для объяснения функционирования «нормальной науки». На наш взгляд, в настоящее время развитие науки о здравоохранении находится на предпарадигмальном этапе, для которого характерно наличие множества теоретических направлений, разнообразие методологических подходов. До настоящего времени не сложилась в завершенном виде какая-либо единая теоретическая концепция развития здравоохранения, ориентирующая деятельность научного сообщества в едином, согласованном направлении. Необходим переход к теоретическому этапу исследований в рамках «нормальной науки», который характеризуется принятием устойчивой и признанной научным сообществом парадигмы. В годы советской власти финансирование здравоохранения осуществлялось государством. Переход к рыночным отношениям в условиях переустройства всей хозяйственной деятельности обозначил новые приоритеты и ограничил ресурсные возможности экономических субъектов. В своей основе российская система здравоохранения в течение 1990–2000 гг. базировалась на бюджетно-страховой модели обязательного медицинского страхования. Особенности ее функционирования активно изучались и подвергались критике со стороны как научного сообщества, так и практических работников. В связи с происходящими институциональными реформами и становлением новой законодательной базы происходили целенаправленные изменения в управлении здравоохранением и финансировании медицинских учреждений. Этот процесс особенно активизировался с начала 2010-х гг. в связи с принятием ряда новых нормативных правовых документов. В организацию финансовых отношений всех участников экономической деятельности в сфере здравоохранения (органов власти и управления на различных уровнях, бизнес-структур, населения, работников медицинских учреждений) последовательно вводятся принципы одноканального финансирования и страхования.

Для преодоления экономических проблем, сдерживающих процесс рыночных преобразований в сфере обязательного медицинского страхования и проведения социальной политики, необходимо обоснованное сочетание государственного регулирования и коммерческих начал в деятельности медицинских организаций при практическом осуществлении ими своих функций по предоставлению населению услуг здравоохранения. Приоритетными инструментами методологии исследования экономической деятельности организаций здравоохранения становятся диалектика (как научно-философский метод), системный подход, общенаучные методы — аналитический и экспертный. В этих условиях выстраивание логики исследований целесообразно базировать на учете требований объективно действующих (и проявляющихся в объективной реаль-

ности) экономических законов. В качестве конкретного инструментария в планово-экономической работе следует применять разнообразные модели и технологии, которые предоставляют исследователям балансовый, нормативный, программно-целевой, а также экономико-математический методы. Функции инструментов реализации экономической политики в сфере здравоохранения выполняют различного рода налоги, платежи, трансферты, субвенции, субсидии, порядок формирования которых permanently совершенствуется. Большое значение имеет распространение накопленного отечественного и зарубежного опыта финансового планирования и бюджетирования деятельности медицинских организаций [1; 2]. Однако дискуссионным вопросом остается обоснование преимуществ и недостатков формирующейся модели страховой медицины, а также ее результативность и применимость в практике работы экономических субъектов различных организационно-правовых форм.

Анализ эволюционных изменений в системе обязательного медицинского страхования в пореформенный период и особенности ее современного состояния позволяют сформулировать ключевые вопросы, по которым заинтересованными сторонами (субъектами финансово-экономических отношений) до настоящего времени не выработаны согласованные решения. Например, как лучше построить систему финансирования здравоохранения; как упростить управление отраслью; как лучше стимулировать качественный, высокоэффективный труд; как повысить заинтересованность различных категорий медицинского персонала в результатах труда и др. Сложившиеся внутренние и внешние условия хозяйствования затрудняют текущее и перспективное планирование работы медицинских организаций, снижают эффективность их экономической деятельности и отражаются на уровне доступности для потребителей получения медицинских услуг, что может негативно повлиять на конечные результаты деятельности отрасли, а именно: показатели эффективности использования различных видов ресурсов и в целом работы медицинских организаций. Ключевое значение в системе индикаторов развития отрасли должно принадлежать оценке состояния здоровья и продолжительности жизни населения. Выход из сложившейся ситуации видится в последовательном развитии научных основ, внедрении принципов страхования и совершенствовании методологии финансового планирования на основе нормативного метода. Актуальность вопросов формирования парадигмы состоит в том, что она, во-первых, исключает все не относящиеся к парадигме и не согласующиеся с ней концепции, теории, методы и, во-вторых, ориентирует научное сообщество и исследовательскую деятельность на использование теории для предсказания новых феноменальных областей, а также усовершенствование самой парадигмы посредством интерпретации имеющихся в наличии теорий применительно к условиям хозяйственной практики.

В этом случае гарантией стабильности «нормальной науки» становится ее консерватизм, поскольку всю исследовательскую деятельность целесообразно вести в рамках согласованной и принятой научным сообществом парадигмы.

Распространение инноваций в сфере здравоохранения создает новые потенциальные возможности для улучшения функционирования лечебно-профилактических учреждений, повышения их финансовой устойчивости. В условиях необходимости преодоления последствий экономического спада, который наблюдался в российской экономике в течение ряда последних лет, необходима активизация действий по усилению государственного регулирования в сфере обязательного медицинского страхования в сочетании с более интенсивным использованием рыночных инструментов в работе медицинских организаций. Научные наработки результатов исследований социальной сферы в различных областях наук (экономики, управления, статистики, социологии и др.) целесообразно использовать для формирования концептуальных оснований парадигмы развития современного здравоохранения. Своевременность такой постановки вопроса обусловлена тем, что понятие парадигмы используется в современных социально-философских теориях для диагноза наличного состояния и предсказания перспектив развития какой-либо области науки в будущем. Однако, ориентируясь на имеющийся опыт, вряд ли можно однозначно классифицировать применимость парадигмы как единой системы норм, установок, ценностей к такой сложной и актуальной сфере экономической и общественной жизни, как здравоохранение.

Список использованной литературы

1. *Архипов А. П.* Можно ли обойтись без единой системы обязательного медицинского страхования? Некоторые уроки реформы рынка медицинского страхования в США // *Финансы*. — 2018. — № 1. — С. 34–38.
2. *Белоусова Т. А.* Проблемы медицинского страхования в России: что подсказывает опыт стран ОЭСР // *Финансы*. — 2017. — № 10. — С. 46–51.
3. *Молчанова Н. П., Чилилов А. М.* Инновационный подход к обеспечению финансовой устойчивости системы здравоохранения в регионах России // *Управленческие науки в современном мире*. — 2017. — № 1. — С. 365–370.

Н. П. МОЛЧАНОВА,
*д.э.н., профессор департамента общественных финансов
Финансового университета при Правительстве РФ,
г. Москва*

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПРИОРИТЕТОВ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРАКТИКУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Аннотация. Рассматриваются вопросы развития здравоохранения в контексте трансформации модели обязательного медицинского страхования. Анализируются факторы, влияющие на финансово-хозяйственную деятельность организаций здравоохранения. Формулируются рекомендации по улучшению практики предоставления медицинских услуг.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, финансирование, услуги здравоохранения.

На экономическую деятельность организаций здравоохранения влияют финансовые отношения, в основе которых лежат перманентно совершенствующаяся нормативная правовая база, действующие законодательные акты, методические положения и инструкции. В начале рыночных преобразований (1990-е гг.) функционирование здравоохранения, как и всей российской экономики, отличалось нестабильностью, следствием которой стали негативные проявления в состоянии здоровья и продолжительности жизни населения. В частности, повысились показатели смертности, не соблюдались гарантии бесплатного оказания медицинской помощи; наряду с нехваткой кадров медицинских работников высокой квалификации имел место дефицит материальных и финансовых ресурсов. Последовавший за этим период экономического роста, характерный для первой половины 2000-х гг., инициировал улучшение уровня жизни и активизацию мер государственной политики в сфере здравоохранения. Для преодоления сложившегося положения Правительством России был разработан и в дальнейшем последовательно реализовывался ряд ресурсоемких программ и проектов: по дополнительному лекарственному обеспечению льготных категорий граждан (начиная с 2005 г.); Национальный приоритетный проект «Здоровье» (2006–2013 гг.); программы модернизации

здравоохранения на уровне регионов — субъектов Российской Федерации (2011–2013 гг.); федеральные целевые и государственные программы развития здравоохранения. В 2016 г. объем государственного финансирования отрасли вырос почти в 2 раза в реальном выражении по сравнению с 2006 г., что позволило улучшить оснащение современным оборудованием медицинских организаций, увеличить масштабы предоставляемой населению медицинской помощи (профилактической, высокотехнологичной и лекарственной). Особо нужно подчеркнуть масштабы распространения высокотехнологичной медицинской помощи: если в 2005 г. ее получили 60 тыс. человек, то в 2016 г. — 900 тыс. человек.

Происходящие в отрасли изменения благотворно повлияли на состояние здоровья российских граждан: в начале 2010-х гг. наметились тенденции к снижению смертности, увеличению средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении; обозначился позитивный вектор в показателях впервые выявленной и общей заболеваемости населения. В работах социологов отмечается определенная трансформация в образе жизни населения в направлении роста доли людей, практикующих различные формы активного поддержания здоровья. Вместе с тем, несмотря на предпринимаемые Правительством действия, по ряду достигнутых социально-экономических показателей сохраняется отставание России от стран со значительно более низкими уровнями душевых доходов. Например, в 2014 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 70,9 года (для сравнения: в Китае — 76, в Бразилии — 74); в том числе мужчин — 65,3 года, женщин — 75 лет. Численность врачей-терапевтов в расчете на 100 000 человек в России исторически сложилась значительно ниже (47,2 в 2013 г.), чем в среднем по ЕС (79,5), и, кроме этого, наблюдалось ее постепенное сокращение. Наряду с этим, несмотря на последовательное снижение количества больничных коек, их число на 1000 человек населения в России было в 1,6 раза выше, чем в ЕС; продолжительность пребывания в стационаре — соответственно в 1,5 раза. При этом наблюдалась тенденция роста доли собственных средств пациентов в общей сумме расходов на здравоохранение. Так, приобретение населением лекарственных средств, не включенных в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за период с 2000 по 2012 г. (с учетом инфляции) выросло в три раза; при этом доля пациентов, которые платили за амбулаторные услуги, возросла с 9 до 15% [2, с. 128–129].

Институциональное реформирование системы здравоохранения проводится в России с 2011 г., в его основе — модернизация системы обязательного медицинского страхования, направленная на повышение управляемости и поддержание финансовой стабильности ее функционирования. Дискуссионным вопросом являются научные подходы и принципы,

в соответствии с которыми должны быть построены базовая программа обязательного медицинского страхования и программа государственных гарантий в ее составе. Существовавшая ранее практика не позволяла судить о стоимости набора медицинских услуг и медикаментов для пациентов и конкретизировать его в зависимости от вида заболеваний. Это, в свою очередь, не давало возможности в полном объеме определить ресурсное обеспечение лечебно-диагностического процесса в сопоставлении с потенциально возможными финансовыми рисками. По совокупности названных и некоторых других причин на практике происходили нарушения в выполнении медицинских технологий, что в конечном итоге оказывало негативное влияние на конечный результат — качество лечения и здоровье пациентов.

В настоящее время формируется позитивный тренд в развитии отечественного здравоохранения. Во-первых, согласно требованиям федерального законодательства совершенствуется система обязательного медицинского страхования, укрепляются ее правовые и экономические основы. Во-вторых, в свете Федерального закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» развитие отрасли регламентируется комплексом нормативных документов, которые разрабатываются на различных уровнях управления. В их состав входят: долгосрочный прогноз, стратегия социально-экономического развития, государственные и целевые программы. Финансовое планирование базируется на нормативном методе. В-третьих, активно формируется рынок медицинских услуг, что сопровождается расширением их ассортимента и изменениями в ценовой политике. В-четвертых, укрепляется страховая модель организации здравоохранения, особенности которой подробно описаны в литературных источниках (см., например, [3]). Финансовое обеспечение отрасли поддерживается посредством консолидации средств в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования с последующим предоставлением субвенций территориальным фондам обязательного медицинского страхования на реализацию полномочий страховщика по финансированию их территориальных программ (в рамках базовой программы). В целях достижения наиболее полного и квалифицированного удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи установлена определенная регламентация ее оказания. В законодательном порядке определяются категории населения, которые ее получают по согласованным перечням льготного предоставления медицинскими учреждениями определенных объемов медицинских услуг.

Современная бюджетная политика ограничивает финансирование лечебно-профилактических учреждений, что затрудняет доступ населения к медицинским услугам и отрицательно сказывается на результатах деятельности специализированных медицинских организаций. Существен-

ным фактором, влияющим на снижение объемов оказываемой медицинской помощи, является последовательно проводимая оптимизация сети медицинских организаций. Она сопровождается укрупнением лечебно-профилактических учреждений (при сокращении их количества), реорганизацией их структуры и управления, а также уменьшением коечного фонда. Анализ всех рассмотренных особенностей приводит к выводу о необходимости формирования у граждан ответственности за собственное здоровье. Одним из аспектов профилактической работы вполне обоснованно считается медицинский туризм. Исторически Краснодарский край, Кавказские Минеральные Воды, Ставропольский край сложились как туристско-курортные зоны, предназначенные для рекреации. Сейчас ситуация изменяется, и в различных регионах предпринимаются усилия по формированию рекреационно-туристских кластеров. Путешественников (как отечественных, так и зарубежных) интересуют новые впечатления, и поэтому они выбирают местности с высокими потенциальными возможностями для развития оздоровительной деятельности: Алтай, Карелию, Дальний Восток и др. Современные экономические проблемы формирования и финансирования туристских кластеров в регионах России обстоятельно исследуются в ряде научных работ [1; 4]. В своем развитии каждый кластер традиционно проходит разные стадии жизненного цикла, каждая из которых характеризуется особенностями организации взаимодействия между всеми его участниками. На региональном уровне управления прогрессивной новацией является использование кластерного подхода при разработке и реализации инвестиционных проектов, связанных с инновационными технологиями в сфере рекреации и оздоровительного туризма. Сектор путешествий и туризма становится одним из источников роста производства в различных секторах региональной экономики и экономического развития страны в целом, поскольку его деятельность способствует привлечению денежных средств и созданию новых рабочих мест.

Следует согласиться с мнением ряда исследователей в том, что изучение «доступа к медицинской помощи» целесообразно осуществлять «в направлении двух основных методологических подходов: поведенческого, анализирующего влияние демографических, социальных характеристик населения, ценностных оценок здоровья и потребности в медицинских услугах, а также наличия медицинских учреждений по месту жительства; контекстуального (организационного), исследующего влияние макроэкономических факторов, состояния экономики в целом, в том числе в конкретной отрасли, ценностных ориентаций потребителей, определяющих выбор приоритетов развития... системы предоставления услуг, организации работы на региональном уровне и на уровне учреждения здравоохранения» [5, с. 12–13]. Углубленное изучение проблем здравоохранения в контексте названных подходов позволит сформировать детальное пред-

ставление о преимуществах и недостатках существующей системы организации здравоохранения в России и разработать научно обоснованную концепцию ее дальнейшего развития и совершенствования.

При разработке рекомендаций по улучшению финансового планирования лечебно-профилактических учреждений целесообразно обосновывать последовательность выполнения работ и их поэтапное распределение в соответствии с функциями исполнителей. На федеральном уровне целесообразно проводить нормирование и конкретизацию объемов медицинской помощи в части основных, существенных для всего национального здравоохранения услуг. Это относится к тем медицинским услугам, которые обеспечивают диагностику и лечение типичных для всех регионов страны заболеваний и основаны на использовании стандартизированных медицинских технологий. На региональном уровне необходимо руководствоваться данными статистики здравоохранения по заболеваемости. Важно учитывать, какое влияние на результативные показатели работы отрасли в разрезе административно-территориальных образований России оказывают особенности, связанные с демографической структурой населения, природно-климатическими, экономико-географическими, а также экологическими и техногенными условиями. Именно на региональном уровне первоочередным является учет названных факторов, поскольку при финансировании учреждений здравоохранения нужно учитывать специфику построения пространственной сети лечебно-профилактических учреждений. Позитивное влияние на развитие здравоохранения оказывают современные информационные технологии. Переход к цифровой экономике изменит структуру занятости в отрасли, повысит производительность труда персонала и квалифицированных специалистов. Новым аспектом приложения усилий становится реформирование системы среднего профессионального и высшего медицинского образования, а также порядка определения и подтверждения квалификационного уровня работников медицинских организаций. Выполнение запланированных мероприятий по модернизации системы подготовки кадров возможно посредством реализации государственных и корпоративных программ повышения квалификации медицинских работников. Разрабатываются меры по расширению функций и обновлению контингента участковых врачей (врачей «общей практики») как базового звена обследования пациентов и оказания им первичной медицинской помощи. Содействие развитию конкуренции на рынке медицинских услуг, повышение качества медицинского обслуживания осуществляются путем сокращения избыточной инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений и формирования генеральных планов оптимизации сети оказания медицинских услуг в региональном разрезе. Реорганизация системы оказания медицинской помощи населению становится возможной на основе инвестирования

в новейшие информационные и медицинские технологии. Необходимо развивать рыночный механизм софинансирования затрат на нужды здравоохранения всеми экономическими субъектами — государством, организациями и населением.

Список использованной литературы

1. *Молчанов И. Н.* Проблемы формирования и финансирования туристских кластеров в регионах России // Вестник Волгоградского университета. Серия 3: Экономика. Экология. — 2016. — № 1 (34). — С. 45–57.
2. Пути достижения всеобъемлющего экономического роста. Российская Федерация. Комплексное диагностическое исследование экономики. Группа Всемирного банка, 2016. — 230 с. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.vsemirnyjbank.org/ru/country/russia/publication/>
3. Саморегулирование в сфере услуг / Н. А. Восколович, И. Н. Молчанов, С. Н. Сапожникова, А. А. Волкова, Е. С. Воробьева, Н. С. Великанов, О. В. Гнетова, Н. Б. Луговских, А. О. Якушева: монография / под общ. ред. Н. А. Восколович. — М.: Экономический факультет МГУ имени М. В. Ломоносова; ТЕИС, 2011. — 166 с.
4. Социально-экономические проблемы развития отдельных отраслей сферы услуг: сборник статей / под ред. Н. А. Восколович и И. Н. Молчанова. — М.: Изд-во ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова» (Экономический факультет), 2017. — 199 с.
5. Экономические и социальные аспекты развития спортивных услуг / Н. А. Восколович, И. Н. Молчанов, Н. Б. Луговских, С. Г. Леонов, О. В. Гнетова, С. В. Михайленко: монография / под ред. Н. А. Восколович. — М.: ТЕИС, 2012. — 144 с.

В. А. МОРОЗОВ,
*д.э.н., профессор кафедры философии и методологии экономики
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В РФ

Современная научная практика показывает, что существующие методы и приемы управления тесно переплетены и жестко взаимосвязаны. Они образуют некую систему взаимодействия по вертикали и горизонтали объектов и субъектов управления. Наряду с экономическими методами управления уществуют и эффективно действуют организационно-распорядительные и социально-психологические. Комбинации этих методов создают определенную последовательность процедур, которые зависят от ряда различных факторов, целей, путей и способов их достижения, а также от состава участников. Основной особенностью здравоохранения является разнообразие материальных интересов, включающих, кроме государственных, также личные и коллективные. В связи с этим применяемая совместимая совокупность методов в определенном порядке позволяет дополнять отдельные методы другими, усиливая их конечный результат, в том числе за счет разнообразия и большого числа комбинаций. Важно подчеркнуть, что экономические, организационно-распорядительные и дисциплинарные методы имеют свойство обязательного исполнения, а значит, они несут материально-административную ответственность. Сегодня в России почти вдвое (с 2000 до 2016 г.) уменьшилось количество государственных медицинских учреждений, особенно сельских медучреждений, вместе с этим наблюдается минимальное снижение смертности от основных заболеваний. В настоящее время в системе здравоохранения при нехватке бюджета возрастает избыток управленцев, вместе с этим сокращается необходимое число обслуживающего медицинского персонала и больничных коек, возможности своевременного обслуживания пациентов. По последним данным ВОЗ, ООН и ВБ, относительно рейтинга стран мира по эффективности систем здравоохранения Россия находится на последнем ме-

сте, что требует кардинального пересмотра государством стратегических подходов ее развития.

Целесообразно сравнить различный опыт методов управления в развитых странах, в том числе наиболее характерных — Японии и США, так как первая тратит почти вдвое меньше ВВП на здравоохранение, чем вторая страна, но по рейтингу находится на порядок выше. Здесь одна из основных тем — грамотное распределение ресурсов, в том числе государства, для улучшения состояния здоровья граждан. Основными помощниками в этом являются цифровая экономика и статистика, позволяющая своевременно ориентировать власть и общество в динамике процессов. Для Японии характерно, что низкая доля населения попадает в больницы, но находится там гораздо дольше, чем в других странах, — до практически полного выздоровления (больницы берут на себя функции оздоровительных центров). Хотя время общения врача с пациентом втрое меньше, чем в США, но этих контактов-осмотров вдвое больше, причем акцент делается на амбулаторное лечение и неинвазивные процедуры. Японцам прививается самоконтроль за здоровьем с младенчества, за которым следит и государство, поэтому они тратят времени на себя и средств на лекарства больше, чем любая страна ОЭСР. В то же время в США социальные проблемы, включая здравоохранение и медицинское страхование, законодательно решаются, в каждом штате самостоятельно.

Эффективность систем здравоохранения зависит от полноты использования ресурсов, которыми располагает государство. Качество обслуживания населения основывается и на сопоставлении его доходов и расходов, а при отсутствии финансовой защищенности со стороны государства население беднеет значительно быстрее. Важно, чтобы федералы давали возможность и условия частному медицинскому сектору для развития и расширения, доступных по цене и качеству услуг для большинства граждан. Важно также открыть госсектору глаза на существующий «черный рынок» в здравоохранении с его коррупцией и теневыми платежами, различными совмещениями рабочих специальностей и др. нормативными нарушениями, подрывающими всю систему в целом. Ряд разработанных Минздравом правил самими работниками этого ведомства не выполняется. Совершенствование методов управления предусматривает также виды налогов либо взносов в страхование или систему социального обеспечения.

Сегодня частные расходы на медицину составляют до 25% в странах Европы за счет общего охвата населения здравоохранением, причем в США около 57%, а в нашей стране цифра заметно другая в долевом соотношении. Бедные тратят больше средств, чем богатые, при этом влезая в долги. В ряде стран, даже, например, в Колумбии, Кубе, Канаде и др., граждане с доходами в 10 раз меньше, чем у других классовых сословий, платят

соответственно меньше за медобслуживание за год. То есть особенно важен не только размер выделяемых средств на лечение и восстановление здоровья, но и их распределение. В настоящее время Гонконг и Сингапур, Испания и Южная Корея вышли с минимальными затратами на душу населения, но с грамотными формами распределения средств — в лидеры долгожителей планеты. В России, возможно, самые суровые климатические условия, но это не оправдывает последнее место в рейтинге при стоимости услуг на человека в размере до 893 долл. США и расходами в 7% от ВВП на здравоохранение. Средняя продолжительность жизни Россиян более чем на 10 лет уступает указанным выше лидерам рейтинга.

При совершенствовании методов управления в секторе здравоохранения важно: за счет чего и кто финансирует здравоохранение с участием государства; какова структура системы национального медицинского страхования; размер масштабов и механизмов регулирования медицинского страхования; участие федеральных субсидий, включая перекрестное субсидирование; ассортимент услуг здравоохранения и стандарты оплаты; состояние дотационной системы обслуживания граждан пенсионного возраста и людей с ограниченными возможностями и др. Вместе с этим важно проанализировать — как происходит организация медицинской помощи в больницах и клиниках с учетом амбулаторного ухода.

Для совершенствования системы здравоохранения в России необходимо учитывать, что она формируется из федеральной системы (в том числе органов управления субъектов РФ, РАМН, неприватизированных ЛПУ и НИУ, предприятий фармацевтики и аптек, СПУ, организаций медтехники и медпрепаратов и т.д.) и муниципальных систем (СПУ, НИУ, предприятий фармацевтики и аптек, судебно-медицинской экспертизы и т.п.), где последние имеют двойное подчинение относительно регионально-местных властей. Кроме того, необходимо учитывать частную систему в здравоохранении РФ, которая включает лечебно-профилактические и аптечные учреждения. Это ставит вопросы совершенствования методов управления в пользу развития регионального управления.

В сложившейся ситуации важно развивать системный подход, включающий имитационное структурное моделирование с вектором экономического ситуационного моделирования. Оно включает совокупность процедур-этапов формирования модели. Это комплекс классифицированных задач, на которых строится концептуальная модель. Далее модель объекта математически формализуется и проверяется, после чего подготавливается оценка ее жизнеспособности. Здесь важно сократить вопросы субъективности и абстрактности анализа, так как речь идет о здоровье человека и его оценке в 85 субъектах РФ. Тем более что здесь не обойтись без кластерного подхода, который сегодня отчетливо просматривается на региональном уровне, где задействованы различные межведомствен-

ные и межотраслевые структуры. Совместимость их сегодня весьма низкая за счет отсутствия в ряде регионов структурных объединений, слабого предпринимательского климата и его взаимодействия с администрацией регионов в данной сфере. В настоящее время важна совместимость традиционных и современных (в том числе кластерного) подходов к управлению, что выделяет в отдельных случаях эффективность использования каждого в развитии экономического сектора — здравоохранения. Вместе с этим в силу экономической политики государства — сокращения центрального инвестирования здравоохранения и развития его структур в регионах и на местах необходимо:

- создать для региональных органов управления экономические условия и разработать правовые нормативы, влияющие на органы управления муниципалитетов;
- сформировать действенные финансово-экономические и организационно-правовые совместимые механизмы на уровне регионального и местного управления;
- создать разветвленные совместимо-региональные аналитическо-информационные системы мониторинга здоровья граждан;
- на основе разработанных региональных систем оценки здоровья и удовлетворения населения качеством услуг формировать общерегиональные требования оценки работы лечебно-профилактических учреждений;
- сформировать совместимые механизмы мониторинга качества медицинских услуг ведомственных и частных организаций.

Совершенствование методов управления в Российской Федерации должно сочетаться с совместимостью моделей управления в здравоохранении, а именно государственной, частной и некоммерческой, на основе ценностей медицинских услуг, выражаемых в показателях здоровья населения. Применяемые методы управления (системный анализ, имитационное моделирование, методы экспертных оценок, др.) основываясь на объективности взаимодействия субъектов и объектов системы, должны быть гибкими при регулировании отклонений в деятельности ее субъектов. Здесь важно совмещать приемы управления централизованные, децентрализованные и смешанные, которые действуют по разным принципам.

Список использованной литературы

1. *Багненко С. Ф.* Административная реформа и здравоохранение / С. Ф. Багненко, В. В. Стожаров, А. В. Кириллов, В. А. Федотов // *Скорая медицинская помощь*. — 2010. — № 4.
2. *Друкер П. Ф.* Энциклопедия менеджмента. — М.: Вильямс, 2006.

3. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. — 08.10.2016. URL: <http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306>
4. *Чубарова Т. В.* Управление медицинскими учреждениями: методологические подходы и новые тенденции // Главный врач. — 2001. — № 3. — С. 21–24.
5. Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А. И. Клевасов. — Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012.

*А. Р. САФИУЛЛИН,
д.э.н., профессор,
и.о. завкафедры проектного менеджмента и оценки бизнеса ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

*Г. Г. САФИУЛЛИНА,
аспирант ЦПИ,
г. Казань,*

*Г. З. МУХАМЕТОВА,
магистрант ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОТРАСЛЕВЫХ ПРИОРИТЕТОВ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Аннотация. В данной статье проведен анализ методологических особенностей выбора и обоснования отраслевых приоритетов развития территорий. В работе рассмотрена методика структурной декомпозиции, позволяющая выделить структурные компоненты динамики показателей деловой активности на макро- и мезоуровнях. На примере показателей «объем оборота» и «среднесписочная численность работников» проведен анализ возможностей включения сектора «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» в систему отраслевых приоритетов развития города Казани, обладающих стратегическими конкурентными преимуществами.

Ключевые слова: здравоохранение, структурная декомпозиция динамики, экономическая активность, виды экономической деятельности, территориальная экономика.

Наиболее важным инструментом для выделения отраслевых приоритетов развития территории является составление различных сценариев развития, позволяющих посредством оценки определенных предположений рассчитывать различные варианты развития изучаемого объекта. Таким образом, сценарии развития представляют собой последовательную согласованную систему альтернатив по возможным вариантам развития. Сложность подготовки сценариев при оценке степени устойчивости отраслевых приоритетов определяет необходимость учета динамики не только на уровне территорий, а также на региональном и национальном уровнях, которые охватывают как внешние, так и внутренние факторы воздействия на объект исследования.

Динамика значений индикаторов для мониторинга развития объекта исследования предопределяет переход от одного сценария развития к другому. Достижение индикатором порогового (критического) значения свидетельствует о существенном изменении условий хозяйствования и требует проведения корректировки регулирующих воздействий с целью предотвращения негативных воздействий потери конкурентных преимуществ приоритетных отраслей, которые, в свою очередь, могут привести к негативным финансовым и социальным последствиям для территории в целом.

В связи с тем, что определение пороговых значений индикаторов требует анализа большого объема статистической информации, способной отразить опыт развития изучаемого явления в прошлом, а также учитывая неустойчивость условий хозяйствования объектов исследования, рациональным является применение интервальных критических значений индикаторов. С целью выделения общей структурной зависимости, нахождения наиболее критичных отклонений, а также установления тенденций изменения показателей рационально применение структурной декомпозиции динамики показателей.

В основе проведенных расчетов по построению структурной декомпозиции показателей была использована методика, предложенная в работах отечественных экономистов¹. В отличие от предложенных работ методика, описанная в данном исследовании, рассматривает укрупненные виды экономической деятельности и включает в себя 13 группировок. Кроме того, данная методика была модернизирована и дополнена тремя показателями динамики прироста в целом национальной, региональной, территориальной компоненты, а также их компонентами в разрезе видов экономической деятельности. В научной работе структурная декомпозиция рассмотрена по двум показателям: объем оборота и среднесписочная численность работников (без внешних совместителей). Это необходимо для того чтобы узнать, в каких видах экономической деятельности наблюдается избыточная занятость и в каких видах деятельности организована лучше. Это позволит нам правильно выбрать регулирующее воздействие с целью повышения инвестиционной привлекательности территорий для развития малого бизнеса.

Сущность структурной декомпозиции состоит в определении статистических характеристик исследуемого показателя путем структурного представления его динамики. Данный показатель расчленяется на несколько составляющих:

¹ Сафиуллина К. Г., Сафиуллин А. Р. Идентификация конкурентных преимуществ промышленного комплекса региона методом структурной декомпозиции. URL: http://www.auditfin.com/fin/2013/1/2013_I_10_24.pdf

- национальная компонента (показывает тенденцию в экономике страны);
- региональная компонента (отражает специфику развития региональной экономики);
- территориальная компонента (показывает влияние территориальных особенностей);
- национальная отраслевая компонента (отражает специфику развития отрасли в стране);
- региональная отраслевая компонента (отражает специфику развития отрасли в регионе);
- территориальная отраслевая компонента (отражает специфику развития отрасли на данной территории).

Соотношение данных компонент позволяет распределить виды экономической деятельности, имеющие внешние и (или) внутренние конкурентные преимущества, и выделить отраслевые приоритеты развития территорий.

Таким образом, если темпы роста вида экономической деятельности территории опережают национальную, региональную и отраслевую динамику развития (тем более если текущая тенденция имеет четко выраженный долгосрочный характер), то можно говорить о наличии определенных конкурентных преимуществ, которые позволяют рассматривать такой вид экономической деятельности в качестве потенциально привлекательного (целевого) для дальнейшего развития на данной территории. Полный перечень потенциально привлекательных видов экономической деятельности может выступать объектом социально-экономической политики на региональном уровне.

В данном исследовании рассматриваются особенности практического применения методики структурной декомпозиции динамики показателей на примере анализа объема оборота субъектов малого бизнеса (млн руб.) и среднесписочной численности работников (без внешних совместителей) (чел.) на примере вида экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» (Раздел N по классификатору ОКВЭД) по городу Казани.

Проведенный структурный анализ динамики показателей позволил выявить ряд негативных факторов, которые оказывают воздействие на развитие здравоохранения в Казани и Республике Татарстан. Во-первых, национальные компоненты объемов оборота всех видов экономической деятельности города и региона оказались отрицательными, что указывает на высокую зависимость сектора здравоохранения от кризисных ситуаций, происходивших в экономике страны в 2014–2015 гг. Во-вторых, национальные отраслевые компоненты также оказали негативное воздействие на выбор отраслевых приоритетов.

Вместе с тем здравоохранение Казани показало положительную динамику региональной и территориальной компонент по среднесписочной численности персонала. На основе сравнительного анализа результатов по двум показателям — объем оборота и среднесписочная численность работников — можно сделать вывод, что здравоохранение можно отнести к секторам второго приоритета. При сохранении подобных тенденций в долгосрочном периоде данные виды деятельности можно рассматривать в качестве потенциально привлекательных для инвестиционной деятельности и способных обеспечить стратегический рост экономики города Казани и Республики Татарстан.

Список использованной литературы

1. Агентство стратегических инициатив. Национальный рейтинг состояния инвестиционного климата в субъектах РФ [Электронный ресурс] // Инвестиционный портал регионов России: официальный сайт. URL: <http://investinregions.ru/rating>
2. Оборот малых предприятий по видам экономической деятельности в Республике Татарстан // Малое и среднее предпринимательство в Республике Татарстан. 2015 [Электронный ресурс]. Татарстанстат: официальный сайт. URL: http://tatstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/tatstat/ru/statistics/enterprises/small_and_medium_enterprises
3. Рейтинг инвестиционной привлекательности регионов России [Электронный ресурс] // Рейтинговое агентство «Эксперт РА». URL: <http://raexpert.ru/ratings/regions>.
4. Сафиуллин М. Р., Сафиуллин А. Р., Равзиева Д. И., Шугаева А. А. Идентификация стратегических приоритетов развития региона при формировании конкурентоспособного экспортного портфеля. — Казань: ЛМ-Групп, 2016. — 84 с.
5. Сафиуллин А. Р., Губайдуллина А. А. Исследование конкурентных позиций видов экономической деятельности Республики Татарстан // Казанский экономический вестник. — 2017. — № 6(32). — С. 22–31.

*Т. С. МИШАКИН,
к.э.н., доцент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В СИСТЕМЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Приоритетное развитие первичного звена здравоохранения обусловлено тем, что именно эта служба должна обеспечить гарантированный минимум медицинской помощи, ее доступность, комплексность и системность обслуживания граждан, координацию и тесную взаимосвязь с другими службами здравоохранения, непрерывность наблюдения за ведением пациентов в различных лечебно-профилактических учреждениях, информированность пациентов об их состоянии, методах лечения, ожидаемых результатах и т.д. Таким образом, от состояния амбулаторно-поликлинической службы во многом зависит эффективность деятельности всей системы здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, медицина, общественное здоровье, профилактика заболеваний, диспансеризация, трансляционная медицина.

В настоящее время в Российской Федерации разработаны и реализуются различные программы и концепции, направленные в том числе и на совершенствование амбулаторно-поликлинического звена. Речь идет о «Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», а также программах развития амбулаторно-поликлинической помощи в регионах, разработанных каждым субъектом самостоятельно.

Однако, несмотря на большой объем работ и направлений, реализующихся для решения проблем в первичном звене системы здравоохранения, в этой области сохраняется ряд негативных факторов:

- недостаток участковых врачей и узких специалистов;
- отсутствие диагностических служб на уровне поликлинического звена;
- возложение обязанности скорой медицинской помощи на участковых врачей;

- большая концентрация пациентов во временном факторе;
- длительное время ожидания диагностических процедур, осуществляемых в стационарах, то есть на других площадках;
- отсутствие объективных критериев оценки деятельности участковых врачей;
- оплата из Фонда обязательного медицинского страхования по количеству посещений, а не за конечный результат;
- низкая удовлетворенность граждан медицинской помощью, получаемой на амбулаторно-поликлиническом уровне как следствие указанных факторов.

Актуальной проблемой на сегодняшний день в России является то, что 70% всей лечебно-диагностической помощи оказывается в условиях стационара и только 30% — в амбулаторно-поликлинической сети, что ведет к существенному удорожанию медицинской помощи и снижению эффективности системы здравоохранения в целом.

При анализе структуры смертности населения Республики Татарстан в течение последних лет выясняется, что преобладающей причиной является смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологической патологии и травматизма. Доля обращений к врачу по поводу хронических патологий увеличивается, течение болезней становится более длительным и тяжелым. Увеличивается доля запущенных заболеваний, лечение которых требует значительных затрат со стороны государства и самих пациентов лечебных учреждений. Работа участкового врача проводится без использования мобильного медицинского оборудования, экспресс-методов лабораторного исследования и, как правило, сводится к компенсации своими посещениями социального одиночества пожилых людей.

Необходимо исключить исполнение некоторых функций скорой медицинской помощи участковыми врачами. В этом разрезе требует реформирования система скорой медицинской помощи. Так, представляется целесообразным формирование отделений по оказанию экстренной помощи при лечебных учреждениях. В настоящее время оценка деятельности службы скорой помощи не зависит от исхода заболевания гражданина; основная ее функция фактически сводится к перевозке пациента и госпитализации в стационар. При формировании бригад экстренной помощи при лечебных учреждениях возрастает заинтересованность в сохранении жизни и здоровья каждого гражданина.

Актуальным представляется создание и расширение диагностических служб в амбулаторно-поликлиническом звене. В настоящее время очереди на диагностику могут составлять до нескольких месяцев, когда в большинстве случаев благоприятный исход лечения возможен лишь при своевременной диагностике.

В связи с неадекватной нагрузкой на амбулаторно-поликлиническое звено необходимо вспомнить советский опыт организации амбулаторно-поликлинической помощи и восстановить кабинеты первичного осмотра, в которых пациенты будут направляться к специалистам адекватно их нозологиям, что позволит в значительной степени оптимизировать нагрузку на врачей.

Необходимо продолжить дальнейшую работу по информатизации всех участков оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Отсутствие эффективных каналов коммуникации между специалистами первичного звена, между различными уровнями оказания медицинской помощи, а также различными лечебно-профилактическими учреждениями является существенным препятствием в вопросе преемственности и системности оказания медицинской помощи.

Перспективными представляются следующие направления совершенствования амбулаторно-поликлинического звена в системе здравоохранения:

- совершенствование механизма применения телемедицинских технологий и технологий дистанционного консультирования;
- совершенствование оказания амбулаторной помощи пациентам разных возрастных групп, в том числе «студенческая медицина»;
- совершенствование мероприятий по информационному обмену и электронного документооборота в медицинских организациях;
- внедрение системы оценки эффективности деятельности медицинских организаций.

РАЗДЕЛ III

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Г. Ф. ВАЛЕЕВА,
аспирант ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ЭЛЕМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. Развитие любой страны невозможно без сохранения и приумножения человеческого капитала, определяемого во многом здоровьем его населения, то есть общественным здоровьем. Здоровый образ жизни является основополагающим фактором здоровья, актуальность которого вызвана возрастанием нагрузки на организм человека в связи с усложнением общественной жизни. Формирование здорового образа жизни — задача, которую системно необходимо решать каждому человеку и государству в целом: лишь комплексный подход будет способствовать повышению уровня общественного здоровья.

Ключевые слова: общественное здоровье, здоровый образ жизни, здоровье, ответственность за собственное здоровье.

Охрана здоровья и создание условий для здорового образа жизни являются одними из ключевых социальных функций государства, именно они должны обеспечивать благосостояние каждого члена общества и устойчивость социально-экономического развития страны.

В принятом в 1948 г. уставе Всемирной организации здравоохранения термин «здоровье» трактуется как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Иными словами, здоровье по праву можно считать ключевым компонентом общественного благосостояния и благополучия любой страны.

Положительная динамика состояния здоровья, снижение уровня заболеваемости, пропаганда здорового образа жизни, являясь целью развития

любого государства, при этом оказываются одним из ключевых условий достижения прочих масштабных целей развития. Как же можно улучшить общественное здоровье? Считаем, что возможны два подхода.

Первый — оценить здоровье населения, конкретизировать проблемы в территориальном аспекте и направить усилия органов власти на их решение. Существуют различные методики оценки здоровья населения, но в целом в международной практике принято использовать три большие группы показателей: медицинские (всевозможные индикаторы заболеваемости, инвалидности, физической подготовки); социального благополучия (экологические, демографические индикаторы, уровень медицинской помощи); психического благополучия.

Всемирная организация здравоохранения для оценки общественного здоровья рекомендует использовать следующие показатели: отчисление валового национального продукта на здравоохранение; степень обследования беременных квалифицированным персоналом; состояние питания детей; доступность первичной медико-санитарной помощи; уровни иммунизации населения и детской смертности; средняя продолжительность предстоящей жизни; гигиеническая грамотность населения.

Бесспорно, что на многих уровнях проводятся исследования по оценке общественного здоровья населения и что анализ их результатов приводит в конечном счете к изменению вектора развития здравоохранения, что соответственно должно улучшать здоровье каждого индивида.

Вторым же подходом к улучшению общественного здоровья является формирование у граждан ответственности за собственное здоровье. Сделать это считается возможным за счет определения и разъяснения факторов обеспечения здоровья современного человека: осознав, от чего же зависит состояние здоровья, население будет в силах направить свои усилия на повышение уровня своего индивидуального здоровья, что в совокупности приведет к повышению уровня общественного здоровья.

В 1994 г. Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения определила, что здоровье людей на 50–55% зависит от образа жизни, на 20–25% — от окружающей среды, на 10–15% — от генетической предрасположенности и лишь на 10–15% — от здравоохранения. В научном сообществе данное суждение подвергается критике, ведь на первый взгляд качество здравоохранения и медицинской помощи является ключевым фактором, влияющим на здоровье. Однако при этом вклад здорового образа жизни в формирование здоровья населения является неоспоримым.

Здоровый образ жизни представляет собой совокупность сформированных в процессе социализации мотивов, установок и их практической реализации, которые направлены на профилактику болезней и способ-

ствуют сохранению и укреплению физического, психического и социального здоровья.

Формирование здорового образа жизни будет эффективно, если оно будет осуществляться комплексно: одновременно исходить со стороны государства — популяризация в СМИ, пропаганда, собственный пример, создание условий, наличие учреждений; и с позиции каждого индивида: формирование и осознание ценностных ориентиров, мотивация и т.д.

Каждому из нас известны главные принципы здорового образа жизни — здоровое питание, отказ от курения, наркотиков и употребления алкоголя, физическая активность, чистая экология, личная гигиена и др. Однако, несмотря на это, к примеру, по итогам выборочного обследования «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения», проведенного Федеральной службой государственной статистики, доля тех, кто ежедневно бережет свое здоровье, не превышает 25%. Иными словами, население, понимая важность здорового образа жизни, в действительности пренебрегает возможностями сохранения здоровья и рисками его потери.

Осознавая важность формирования здорового образа жизни, власти различных уровней уделяют немалое внимание данной проблематике. 26 июля 2017 г. утвержден паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни». Задачи проекта — увеличение числа граждан, ответственно относящихся к своему здоровью и ведущих здоровый образ жизни (к концу 2025 г. до 60% населения), систематически занимающихся физической культурой и спортом (до 45%), снижение потребления табака (до 27%), снижение употребления алкоголя до 8 литров в год на одного совершеннолетнего гражданина, совершенствование законодательства в области рекламы, связанного с алкоголем, табаком, нерациональным питанием.

Что касается регионального аспекта формирования здорового образа жизни, эксперты РИА «Рейтинг» ежегодно формируют рейтинг регионов по приверженности населения здоровому образу жизни. По итогам 2017 г. в числе лидеров рейтинга оказались регионы Северного Кавказа и юга России (что объяснимо приближенными к нулю показателями по табачным изделиям и алкоголю), а в числе замыкающих — регионы Восточной Сибири и Дальнего Востока. Проанализировав данный рейтинг, можно найти прямую связь между рангом региона в приверженности здоровому образу жизни и ожидаемой продолжительностью жизни в нем — что еще раз доказывает актуализацию данной проблемы, решать которую необходимо системно.

Каждый человек сам несет ответственность за свое здоровье и должен осознать, что отсутствие сформированной системы здоровья в конечном счете может привести к болезни и не дать возможности реализовать поставленные в жизни цели. Необходимо сломать стереотип о том, что здо-

ровье — это только поликлиники, врачи, средства, направляемые на медицинское обслуживание, и иные показатели, которыми оперируют исследователи в области здравоохранения, ведь здоровье в первую очередь начинается с осознания необходимости усовершенствовать свой режим дня, бросить вредные привычки, начать заниматься спортом. Если каждый из нас будет меняться в данном направлении, то в масштабах страны проведение даже плановой диспансеризации уже будет давать положительные результаты, не говоря о показателях заболеваемости. Задача органов власти состоит в привлечении внимания к данной проблеме, ведь только они способны обеспечить информационную поддержку приверженности здоровому образу жизни, инфраструктурные условия для проведения здорового досуга и внедрить основы формирования здорового образа жизни в образовательных учреждениях — тем самым сформировать у граждан ответственность за собственное здоровье.

Только благодаря совместным усилиям каждого человека и государства в целом будет возможно повсеместное формирование здорового образа жизни, а значит, и улучшение общественного здоровья.

Список использованной литературы

1. *Зиганшина З. Р., Давыдова Л. А.* «Экономический человек»: рациональность в формировании индивидуальной ответственности за собственное здоровье // *Инновационное развитие экономики России: новая концепция экономического знания: Вторая ежегодная научная конференция кафедры философии и методологии экономики: сб. ст. / под ред. Л. А. Тутова.* — М.: ТЕИС, 2016. — С. 94–98.
2. Краткие итоги выборочного обследования «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения» [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm
3. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/ru/>

*Л. А. ДАРТАУ,
к. техн. н., вед. науч. сотрудник
Института проблем управления имени В. А. Трапезникова РАН,
г. Москва*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ: ОБЪЕКТ, СУБЪЕКТЫ, ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Аннотация. Дано теоретико-управленческое обоснование необходимости перехода от модели лечения к государственной модели профилактики и диспансеризации на основе анализа исторического развития человечества с учетом этических и экономических аспектов.

Ключевые слова: здоровье, болезни, возраст дожития, государство, гражданин, совместное управление здоровьем, системный подход.

Понятие общественного здоровья было выделено в качестве институционального в структуре современного государственного устройства развитых стран относительно недавно — с середины XIX в. Началом ему послужило открытие Л. Пастером бактериальной природы основных инфекционных заболеваний, ограничивающих, по сути, средний возраст дожития населения Европы и США 30 годами. Каждое поколение населения этих стран теряло к пяти годам до 75% своих детей. Последовавшее за этим открытием обнаружение механизма иммунной защиты в автономном организме и разработка технологии массовой вакцинации граждан, осуществляемой государством принудительно, привели к существенному увеличению возраста дожития до 50 лет. Затем создание первых антибиотиков А. Флемингом обеспечило снижение младенческой смертности практически до нуля. А в совокупности с обезболивающими технологиями, обеспечило возможность проведения полостных операций при травмах. В результате к середине XX в. возраст дожития увеличился до 70 лет. Эти успехи медицинской науки обеспечили развитие всех без исключения сфер народного хозяйства, которые, в свою очередь, привели к появлению «высоких технологий» в самой медицине. Но этот очевидный, казалось бы, прогресс вызвал возникновение ряда негативных тенденций в развитии самих систем здравоохранения (касающихся в первую очередь этико-

правовых отношений уже не только в отрасли, но и на государственном уровне). Проблема старения из естественного процесса завершающего цикла существования отдельных живых организмов превратилась в медицинскую проблему и поле «отчаянной» конкурентной борьбы за «спасение» жизнью силами фармацевтических компаний и высокотехнологичных хирургических вмешательств с использованием протезирования и пересадки органов [4].

В последние годы ситуация со здоровьем населения и возможностями национальных систем здравоохранения оценивается повсеместно как критическая. В развитых странах это фактическое исчерпание возможностей высоких технологий в медицине в плане возвращения здоровья после реанимации. Строительство стационаров с высокотехнологическими возможностями предотвращения летального исхода в случае своевременной доставки туда пациентов не меняет показатели заболеваемости среди здоровых. И даже наоборот, снижая общую смертность, увеличивает в популяции количество хронических больных и инвалидов, вызывая недовольство граждан как результатами лечения, так и увеличением расходов на лечение и последующие восстановительные мероприятия [5].

От навязываемых общественному мнению иллюзий о возможности продления сроков жизни силами науки и систем здравоохранения, все более приходит осознание необходимости отказа от попыток искусственного продления жизни. А именно путем перехода к такой ее организации, при которой не допускается сокращения жизни за счет неадекватного поведения граждан в рамках привычек и навыков повседневной жизни в связи с отсутствием у них информации и мотиваций для изменения поведения. Увеличение продолжительности жизни вообще и здоровой ее составляющей в частности уже невозможно без осознанного личного участия граждан, которые в этой связи становятся главными субъектами в этом процессе. При этом чем выше возраст дожития в конкретной популяции, тем больше людей сталкиваются с проблемой «достойного» ухода из жизни. Если вовремя пациент доставлен в больницу, то «умереть» ему не дадут, поддерживая его относительно стабильное состояние даже в условиях комы. Известных примеров множество: генерал А. А. Романов (Россия); Михаэль Шумахер (Австрия); Ариель Шарон (Израиль) и многие другие.

В сложившейся ситуации начиная с 2001 г. развитые страны одна за другой начали принимать законы об эвтаназии, предоставляющие их гражданам возможность добровольного ухода из жизни при условии подтверждения со стороны врачей, что их здоровье не может быть восстановлено средствами современной медицины. Первыми эти законы были вынуждены принять самые благополучные (в отношении социального обеспечения своих граждан и предоставления им современных медицинских

услуг) страны — Нидерланды, а затем Бельгия и Швейцария [3]. Кроме того, во многих государствах ширится дискуссия в отношении того, какое влияние сами люди оказывают или должны оказывать на обстоятельство, связанные с их собственной смертью, и этот вопрос затрагивает множество сложных этических проблем.

В этой ситуации человеку придется из объекта манипуляции специалистов системы здравоохранения стать субъектом процесса управления собственным здоровьем, цель которого можно сформулировать так: прожить как можно дольше, болея как можно меньше. Исследования в этом направлении были начаты и в Институте проблем управления (ИПУ РАН) в 1985 г. [1].

В рамках участия в международной программе «СИНДИ» был создан программный комплекс (ПК) «ЭДИФАР» — «оболочка» электронных вариантов анкет для самостоятельного заполнения пациентами поликлиники во время прохождения диспансеризации. Первоначально ПК «ЭДИФАР» предназначался для формирования групп риска по основным заболеваниям, сокращающих продолжительность жизни населения. Разработка, апробация, отладка и продолжительный период эксплуатации ПК «ЭДИФАР», а главное — отношение к процедуре посетителей поликлиники убедили разработчиков в необходимости расширения тематики анкетирования и продолжения работы уже в теоретическом плане.

С точки зрения теоретико-управленческого подхода (ТУ-подхода — разработка ИПУ РАН) «феномен здоровья есть результат управления, а человек его главный и всегда первый регулятор». Автономно стать субъектом управления собственным здоровьем человеку не позволяет его же статус объекта живой природы, поскольку при рождении он обладает лишь набором рефлексов, инстинктов и способностью к адаптации. Как следствие, в социуме не существуют (и не могут возникнуть) общественные взаимоотношения по поводу здоровья «здорового» человека. Знания о здоровье есть достояние «большого организма» (БО) — человечества в целом, как следствие развития цивилизации. В рамках ТУ-подхода управление индивидуальным здоровьем возможно лишь на системной основе. По утверждению ВОЗ (1999), «здоровье портится там, где люди живут, работают и учатся» [5]. Как следствие, вторым субъектом управления здоровьем становится местная власть, работодатели и администрация учреждений образования. С правовой точки зрения для создания замкнутого контура управления здоровьем конкретного человека потребуется юридически оформленное согласие самого человека и представителя перечисленных выше структур, обладающего по отношению к этому человеку административным ресурсом: властью и средствами (для работника это может быть «дополнительное соглашение к трудовому договору») [2].

В результате предлагаемых действий прогнозируется синергетический эффект, который позволит принципиально изменить характер здоровьесберегающей деятельности и гармонизировать отношения в обществе практически во всех сферах.

Список использованной литературы

1. *Дартау Л. А.* Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 1. Объект, субъекты, обязанности и ответственность // Проблемы управления. — 2015. — № 2. — С. 52–59.
2. *Дартау Л. А.* Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 2. Организационно-правовая технология // Проблемы управления. — 2015. — № 3. — С. 40–48.
3. *Дартау Л. А., Мизерницкий Ю. Л.* Этические аспекты проблемы эвтаназии // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. — 2017. — Вып. 17. — С. 252–258.
4. *Дартау Л. А., Мизерницкий Ю. Л., Стефанюк А. Р.* Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. — М.: СИНТЕГ, 2009. — 400 с.
5. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6), 1999. — 310 с.

*А. Г. МАГОМЕДОВА,
к.э.н., доцент кафедры народонаселения
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ

Аннотация: Доклад посвящен определению роли поведенческих факторов на здоровье населения и его продолжительность жизни. Показано, как повышение благосостояния влияет на рост средней продолжительности жизни. Особое внимание отведено решению проблем обеспечения здоровья детей в процессе обучения. Выявлено негативное влияние нарушения принципов здорового образа жизни на здоровье человека.

Ключевые слова: здоровье население, продолжительность жизни, поведенческие факторы.

Проблема здоровья населения и продолжительности жизни является одной из ключевых для современной России. Мы отстаем по ПЖ женщин на 10, мужчин — на 14 лет от развитых стран.

Во многих странах Европейского региона ВОЗ повышение благосостояния, связанное с ростом средней продолжительности жизни за период 1970– 2003 гг., составило 29–38% валового внутреннего продукта (ВВП) — величина, намного превышающая расходы на здравоохранение в каждой из этих стран [9, с. 10].

Здоровье влияет на время накопления человеческого капитала через продолжительность жизни и через количество «здоровых дней». Потери здоровья приводят к экономическим потерям, связанным как с затратами на лечение и реабилитацию, так и с недопроизведенным продуктом. В начале 2000-х гг. ежегодное ухудшение состояния здоровья населения, занятого в экономике, было соразмерно потерям 6,5% ВВП [7, с. 142].

На микроуровне наличие заболеваний снижает заработную плату на 27% для мужчин и 42% для женщин [8, с. 1305].

В современных условиях неизбежного сокращения в перспективе численности трудоспособного населения сохранение и улучшение здоровья наличного населения приобретают особую актуальность. Но его чаще

всего связывают с системой здравоохранения, несмотря на превалирующую роль поведенческих факторов в определении здоровья.

Ухудшение здоровья школьников за последние десятилетия вызвало активизацию исследований динамики их здоровья, факторов риска и его причин.

Изучению динамики структуры заболеваемости и выявлению школьно-обусловленных факторов формирования здоровья школьников посвящены работы В. Р. Кучмы. Наиболее агрессивными факторами, по его мнению, являются высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, а также дефицит времени для усвоения информации. В сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности они оказывают выраженное стрессовое воздействие на развивающийся организм [4, с. 7].

Компьютерную технологию, позволяющую использовать для измерения состояния здоровья показатели, основанные на самооценках своего здоровья, разработала Л. А. Дартау. Она предложила методы государственного управления медико-социальным благополучием в терминах классической теории управления.

А. Г. Жилиев и Т. И. Палачева разработали методики оценки психологического состояния, выявления и коррекции психологической дезадаптации школьников с учетом возрастной дифференциации психологических ценностей и мотиваций поведения, влияющих на группы факторов дезадаптации у детей.

Н. Н. Малярчук, В. М. Чимаров сформулировали теоретические основы и разработали научно-практический подход к решению проблем обеспечения здоровья детей в процессе обучения, мероприятия по обеспечению здоровья не только детей, но и педагогов и родителей как участников образовательного процесса [5, с. 62].

Исследованию проблем комплексной оценки здоровья детей школьного возраста, использованию автоматизированных систем для мониторинга параметров здоровья школьников в современных условиях посвятила свои исследования Л. Н. Игишева [2, с. 7]. Она выявила, что диспансеризация обеспечивает только данными о распространенности заболеваний и выявляет больных. Уровень организации и степень автоматизации не позволяют решать все задачи диспансерного метода и осуществлять эффективный мониторинг здоровья детей. В то же время интенсивно развивающаяся в последние годы информатизация медико-профилактической службы может обеспечить сбор, обработку, накопление и хранение информации о каждом ребенке, возможность интеграции данных как для продольного, так и для поперечного анализа.

Наше исследование роли поведенческих факторов позволило выявить негативное влияние нарушения принципов здорового образа жизни на здо-

ровье. Так, к примеру, дети, которые ложатся спать не позднее 22-00 часов, оценивают на «5» свое здоровье в два раза чаще, чем те, кто оценивает его на «4».

Увеличивается доля тех, кто оценивает свое здоровье на «4» среди тех, кто ложится спать между 22 и 23 часами. А среди школьников, которые отходят ко сну после 24 часов, уже появляется значительная доля оценивающих свое здоровье на «3» [3, с. 22].

Таким образом, с нашей точки зрения, поведенческий фактор здоровья и вопрос формирования навыков здорового образа жизни, начиная со школьных лет, требует сегодня пристального внимания как исследователей, так и органов управления в системе образования и здравоохранения в России.

Список использованной литературы

1. *Жилыев А. Г., Палачева Т. И.* Комплексная личностно ориентированная программа формирования здорового образа жизни и первичной профилактики. — Казань, 2010. — 498 с.
2. *Игишева Л. Н.* Информационные системы в комплексной оценке и прогнозе состояния здоровья детей школьного возраста // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2008. — № 1(32).
3. *Коваленко В. В., Тышкевич В. П., Магомедова А. Г.* Отчет о выполнении контракта по комплексному исследованию динамики здоровья и формированию здорового образа жизни учащихся МОУ Гимназия № 5 Люберецкого муниципального района Московской области.
4. *Кучма В. Р.* Школа здоровья: организация работы, мониторинг развития и эффективности. — М., 2011.
5. *Малярчук Н. Н., Чимаров В. М.* Школа формирования здоровья — эффективный подход к повышению уровня здоровья субъектов образовательного процесса // *Научный результат. Серия «Педагогика и психология образования»*. — 2015. — № 2 (4).
6. *Потанина Ю. А., Дартау Л. А., Белоконь О. В.* Компьютерная технология ЭДИФАР как средство сбора данных от населения. — М., 1999.
7. *Прохоров Б. Б., Тикуннов В. С.* Медико-демографическая классификация регионов России // *Проблемы прогнозирования*. — 2005. — № 4.
8. *Mitchell J. M., Burkhauser R.* Disentangling the effect of Arthritis on Earnings: a simultaneous estimate of wage rates and hours worked // *Applied Economics*. — 1990. — No. 22. — P. 1291–1310.
9. *Suhrcke M., Sauto Arce R., McKee M. и Rocco L.* Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. ВОЗ. — Дания, 2008.

Ю. С. РАКОВСКАЯ,
*федеральный координатор
по санитарно-профилактическому просвещению населения
Всероссийского общественного движения добровольцев
в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики»,
г. Москва*

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Медицинская профилактика по праву является одним из важнейших элементов системы охраны здоровья граждан. Не секрет, что многие заболевания гораздо легче предотвратить, чем вылечить. И дело здесь не только в тех временных, материальных и человеческих ресурсах, которые будут затрачены на лечение человека. На первый план в этом вопросе выходит качество и продолжительность жизни человека, а зачастую и сама жизнь, которая является высшей ценностью и приоритетом государственной политики в сфере здравоохранения. Медицинская информированность и грамотность в сфере медицины являются важными и неотъемлемыми условиями сохранения и укрепления здоровья.

В современном российском законодательстве в сфере здравоохранения профилактика и здоровый образ жизни рассматриваются в совокупности как фактор обеспечения здоровья населения. Это обуславливает необходимость научного обоснования системных мероприятий по повышению уровня медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности.

В современную практику профилактики социально значимых заболеваний активно внедряются новые формы превентивных служб: деятельность центров здоровья, профилактические акции, социальная реклама, интерактивные мероприятия, уроки и школы здоровья и др. Однако их развитие во многом затрудняется отсутствием системного подхода, научной и практической базы в области профилактики. Практическая реализация возможна лишь при решении ряда вопросов ресурсного, научного, педагогического и управленческого обеспечения.

В профилактике нуждается все население, в особенности: малолетние дети, подростки, трудоспособное население страны. Опыт деятельности волонтеров-медиков, которые в рамках направления «Санитарно-профилактическое просвещение населения» систематически проводят мероприятия, связанные с просвещением населения по вопросам профилактики

социально значимых заболеваний и факторов риска их возникновения, эмпирически доказывает, что уровень информированности населения в вопросах медицины остается на низком уровне. Данный вывод был сделан по итогам проведения более 2500 профилактических мероприятий с населением в 2017 г.

Вовлечение в практику молодежи — волонтеров-медиков, студентов медицинских образовательных учреждений — позволяет реализовать на практике различные стратегии взаимодействия с людьми с целью повышения их уровня медицинской грамотности.

Согласно статистическим данным Министерства здравоохранения РФ за 2015 г. от 10.08.2016, распространенность социально значимых заболеваний и факторов риска их возникновения в Российской Федерации неоднородна. Заболеваемость на территории России можно анализировать как по федеральным округам, так и по субъектам в индивидуальном порядке. В любом из этих случаев степень заболеваемости напрямую зависит от социально-экономических условий данной территории. При этом одним из наиболее значимых факторов являются недостаточный уровень медицинской грамотности у населения, отсутствие приверженности здоровому образу жизни и невысокая распространенность ответственного отношения к собственному здоровью.

Таким образом, на территории субъектов, чья эпидемиологическая ситуация по социально значимому заболеванию является наиболее напряженной, необходимо проводить ряд мероприятий для разных возрастных категорий граждан согласно психологическим аспектам восприятия информации целевой аудитории.

В. П. ТЫШКЕВИЧ,
*заместитель проректора МГУ имени М. В. Ломоносова,
к.э.н., доцент кафедры философии и методологии экономики
экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ТЕНДЕНЦИИ ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Аннотация. Доклад посвящен анализу актуальных тенденций в области здоровья и смертности российского населения, интерпретации экономических последствий сложившейся ситуации, а также поиску путей ее качественного изменения, которые связываются автором с перенесением акцентов в сфере социального контроля на микроуровень (уровень индивидуума) в формировании самосохранительного поведения, ориентированного на ценность здоровой жизни.

Ключевые слова: здоровье населения, тенденции смертности российского населения, показатели смертности, экономические последствия современной смертности, здоровый образ жизни, самосохранительное поведение.

В 2017 г. после некоторой стабилизации вновь показатели смертности (общее число смертей и общий коэффициент смертности) начали снижаться. Согласно данным текущего учета естественного движения населения, предоставленным Федеральной службой статистики РФ, по итогам 2017 г. число умерших составило 1824,3 тыс. человек против 1887,9 тыс. человек в 2016 г., а общий коэффициент смертности, показывающий число смертей, приходящихся на 1000 человек среднесписочного населения, составил 12,4 против 12,9 промилле в 2016 г. [1]. Снижение продолжилось и в первые месяцы 2018 г. [1]. Эта тенденция отмечена во всех федеральных округах в целом и в большинстве субъектов Федерации.

Совершенно очевидно, что сложившаяся ситуация не связана с омоложением возрастной структуры населения, а значит, демонстрирует действительно снижение интенсивности смертности населения. Таким образом, можно определенно говорить о сложившейся тенденции снижения смертности населения Российской Федерации.

Важно отметить сохранение явления сезонности в смертности российского населения, выражающееся в отклонении показателей смертности в отдельные месяцы от среднегодовых значений. Для России наиболее

критичными являются, как правило, декабрь–январь, а также март. Сохранение явления сезонности свидетельствует о недостаточности социального контроля различных уровней за состоянием здоровья населения.

Также отмечается ощутимая дифференциация в значениях общего коэффициента смертности между субъектами Федерации: от 3,2 промилле в Ингушетии, 4,6 промилле в Чеченской Республике до 17,1 промилле в Новгородской области и 17,4 промилле в Псковской области [1]. В основе такой дифференциации — существенная разница в показателях возрастной структуры населения регионов, связанная с различиями в уровнях рождаемости, определяющей численность и воспроизводимость контингентов детского населения, а также с трудовой миграцией из экономически депрессивных регионов, что усугубляет ситуацию старения в этих регионах.

Также обращает на себя внимание показатель для сельского населения: 14,2 промилле против 12,4 промилле для городского населения в 2016 г. [2].

Существуют и гендерные различия в смертности, в том числе и в показателе общего коэффициента смертности: 14,0 промилле для мужского населения против 11,9 промилле для женского населения [2].

Гендерная дифференциация процессов смертности становится контрастной при переходе к более информативным показателям — повозрастным коэффициентам смертности и показателям ожидаемой продолжительности предстоящей жизни. По данным Министерства здравоохранения РФ, по итогам 2017 г., ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила для всего населения 72,7 года, при этом для мужского населения — 67,6 года, для женского — 77,6 года соответственно [3]. Безусловно, положительной является устойчивая тенденция роста этого показателя как для всего населения, так и раздельно для его женской и мужской частей. При этом все последние годы роста приращение этого показателя составляет большую величину для мужского населения, чем для женского, что позволяет сокращать гендерный разрыв в величине этого показателя. Так, если в 2005 г. он составлял 13,5 года (58,92 года для мужчин и 72,47 года для женщин) [2], то по итогам 2017 г. его величина составила 10 лет. Также обращает на себя внимание, что уже в средних трудоспособных возрастах (старше 35 лет) этот разрыв начинает уменьшаться, а к старшим возрастам практически исчезает [2]. В региональном разрезе эта проблема носит еще более драматический характер. До сих пор в некоторых субъектах России показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении у мужчин не превысил 60 лет.

Что же касается повозрастной интенсивности смертности в женском и мужском населении, то здесь серьезную тревогу вызывают трудоспособные возраста, начиная с самого раннего интервала 15–19 лет, поскольку превышение повозрастных показателей смертности в мужском населении

является кратным и даже порядковым. Это вскрывает серьезное неблагополучие не только в демографической (демографические потери, возрастная деформация, диспропорция брачного рынка и др.), но и в экономической и социокультурной сферах общества (экономические потери трудоспособного населения, проблемы замещаемости трудоспособного и трудоспособного населения, потери человеческого капитала, феминизация бедности, социальное неблагополучие и др.).

Еще одна важная характеристика процесса смертности — распределение умерших по причинам смерти. Здесь традиционно статистика публикует агрегированные данные по шести основным классам причин смерти: болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, новообразования, внешние причины (среди которых основными являются убийства, самоубийства, случайные отравления алкоголем, дорожный травматизм), некоторые инфекционные и паразитарные заболевания. Структура распределения причин смертей, долевые величины в общей совокупности характеризуют сложившийся в населении тип смертности и его особенности, а также позволяют оценивать уровень социально-экономического развития в целом и медицины в частности.

В целом по итогам 2017 г. в населении России при снижении общей смертности произошло ее снижение и по всем классам причин [2]. В разрезе федеральных округов несколько ухудшилась ситуация в Северо-Кавказском федеральном округе по классам болезней органов пищеварения и инфекционных и паразитарных заболеваний, в Уральском федеральном округе по классу новообразований и в Сибирском федеральном округе по классу инфекционных и паразитарных заболеваний. В то же время на уровне субъектов Федерации практически в каждом федеральном округе можно выявить регионы с отрицательной динамикой [2].

Доминантной причиной смерти являются заболевания системы кровообращения, что соответствует положению этого класса причин в структуре смертности современного типа. Доля смертей, приходящаяся на этот класс причин, неуклонно снижается и составила по итогам 2017 г. 47%, что соответствует ситуации современных экономически развитых стран. Вторая по значимости причина — новообразования (15,8% умерших). Далее — внешние причины (7,6% умерших в 2017 г.), доля которых уже более 20 лет снижается, что позволило им переместиться с 2006 г. со второй на третью позицию по удельной значимости; болезни органов пищеварения (5,0%), болезни органов дыхания (3,3%), инфекционные и паразитарные заболевания (1,8%) [2].

Следует отметить что схожесть структуры смерти населения в целом, отдельно женского и мужского населения отмечается только лишь в последние годы. До этого на второй позиции по своей значимости для смертности мужского населения находились внешние причины.

При этом в смертность в трудоспособных возрастах отличается своей структурой. Так, по данным 2016 г., в целом для трудоспособного населения доминантной причиной были болезни кровообращения (156 процентомилле), но на втором месте с незначительным «отставанием» находились внешние причины (137), новообразования (78,9), болезни органов пищеварения (47,5), инфекционные и паразитарные заболевания (35,3), болезни органов дыхания (22,8); для мужского трудоспособного населения структура причин смертей была схожа, в женском же трудоспособном населении на первом месте находились новообразования (52,3), далее практически паритетно — болезни органов кровообращения (51,2), болезни органов пищеварения (26,5), инфекционные и паразитарные заболевания (20,1) и болезни органов дыхания (8,5) [2].

Еще одна характеристика ситуации в области здоровья и смертности — показатель младенческой смертности, также являющийся индикатором социально-экономического благополучия. В 2017 г. он составил 5,55 промилле [1]. При этом фиксируется значительная дифференциация показателя в регионах: от 2,4 до 10,6 промилле.

Таким образом, спецификой российской смертности является региональная и гендерная дифференциация, часто обусловленная социально-экономической ситуацией, уровнем и качеством жизни населения, уровнем развития медицины. Особую тревогу вызывают тенденции смертности трудоспособного населения.

Улучшение ситуации требует усиления социального контроля как на макроуровне (модернизация системы здравоохранения, модели финансирования, перенос акцентов в сфере профилактики и предотвращения смертности и др.), так и на микроуровне через воздействие на самосохранительное поведение (формирование основ системы здорового образа жизни, повышение ценности жизни, здоровья, экологии и др.). Одним из важнейших возможных инструментов реализации может стать воздействие через систему образовательных программ на всех уровнях, что на настоящий момент пока недооценено и не получило полноценного развития.

Список использованной литературы

1. http://www.gks.ru/free_doc/2018/demo/edn02-18.htm
2. http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf
3. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/02/15/7121-ministr-veronika-skvortsova-dala-intervyu-meditsinskoy-gazete>

*Н. Г. КУЦЕВОЛ,
к.э.н., доцент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

*Г. Г. БАТЫРШИН,
врач функциональной диагностики, кардиолог,
терапевт ГАУЗ Городская клиническая больница г. Казани № 7*

УПРАВЛЕНИЕ ПРАКТИКОЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПОВЫШЕНИИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Аннотация. Практика потребления социально значимых, в частности, медицинских услуг достойна существенного внимания. При оценке качества их предоставления подчас не принимается во внимание, что без значительных усилий самого пациента эффекта достигнуть практически невозможно. Становятся бесцельными организационные и финансовые усилия в отношении системы здравоохранения, когда сам человек не готов разделить ответственность за собственное здоровье. Анализ потребительских практик на рынке медицинских услуг и выявление потребительских рисков, которых стремится избежать человек, отчетливо демонстрируют, в чем истинная причина отказа от ответственности за собственное здоровье.

Ключевые слова: социально значимые услуги, медицинские услуги, практика потребления услуг, потребительские риски, приемлемый риск потребления услуг, ответственность за здоровье, потребительский экстремизм.

Среди достаточно широкого перечня социально значимых услуг, необходимых человеку, медицинские услуги становятся ключевыми. Все мы являемся их потребителями в независимости от возраста, социального статуса и видимого благополучия. Тем не менее в практике потребления медицинских услуг отчетливо прослеживается устойчивая тенденция отсутствия фактической ответственности за собственное здоровье, не говоря уже о понимании значения его для развития нации. Возникает вопрос: почему сохраняется такое отношение нас с вами, казалось бы, к самому ценному, что только может быть? Почему мы гораздо чаще задумываемся о материальном благополучии, нежели о физическом и социальном здоровье?

Так сложилось, что практику потребления медицинских услуг скорее можно рассматривать как некоторое последствие свершившегося события, повлиять на вероятность возникновения которого практически

уже невозможно. О добровольном, да еще сознательном участии на рынке медицинских услуг речи практически не идет. Мы принудительно становимся потребителями, без особой радости и желания, иногда в оцепенении от страха от случившегося. Сам характер деятельности медицинских учреждений не предполагает появления на пороге посетителя в добродушном или хотя бы устойчивом настроении. Да и кто он в таком случае: потребитель (клиент) или все-таки пациент?

Часто само категориальное определение тех людей, с которыми сталкивается медицина, может повлиять на качество, которого ожидает государство, система здравоохранения от предоставления социально значимых услуг. Но мы сами дали это право быть «клиентом, который должен оказаться прав» в том, о чем не имеет профессионального понятия. Зачем предоставлять человеку свободу там, где эта свобода должна быть ограничена для его же блага. Более того, при входе в медучреждение мы еще разместим баннер «Мы в ответе за ваше здоровье!» (пример одной из значимых клиник г. Казани) и тем самым полностью снимем ответственность за здоровье с человека.

Когда встает вопрос об ответственности за жизнь, нельзя не обратить внимания на те риски потребительской практики, которые сопровождают получение услуг по сохранению самой жизни. В очередной раз мы можем заметить насколько некорректно словосочетание «медицинская услуга» [2, с. 99–122; 5, с. 611–626; 6, с. 44–49], потому что помощь врача — это далеко не одолжение, а на поведение пациента (он же клиент) в значительной степени влияет определение нами «приемлемого риска». По нашему мнению, определение допустимых потребительских рисков при получении медицинских услуг может повлиять на отношение человека к собственному здоровью.

Концепция приемлемого риска в значительной степени характерна для социологии. Сама тематика риска в современном обществе, по нашему мнению, объективно представлена в работах У. Бека, Н. Лумана и многих других социологов [4, с. 30–45; 9, с. 3–33; 1; 3, с. 135–160]. В значении потребительских практик выявление рисков потребления услуг, к сожалению, не так часто обсуждается. В значительной степени рассуждения в экономике посвящены распределению благ, а не приобретению рисков. Так, в изложении У. Бека: «...социальные позиции и конфликты общества, «распределяющего богатства», рано или поздно в процессе непрерывной модернизации начинают пересекаться с позициями и конфликтами общества, «распределяющего риски» <...> Мы не живем в обществе риска, но и больше не живем только в обществе распределения благ. По мере осуществления этого перехода мы действительно приближаемся к переменам в общественном устройстве, которые выводят нас из существовавших до сих пор категорий, образа мыслей и способов действия <...> «Риски

квалификации» и «риски здоровья» давно уже являются темой рационализации и связанных с ней социальных конфликтов, гарантий (и исследований).» [1, с. 13–14].

Рассматривая потребление медицинских услуг, мы сталкиваемся с заложенными обществом и государством рисками. Именно они становятся значимыми в определении отношения человека к собственному здоровью. Тогда исключительно важно ответить на вопрос: в каком случае эти риски можно охарактеризовать как приемлемые (допустимые), когда суть вероятного ущерба не оттолкнет, а заинтересует человека заниматься своим собственным здоровьем на протяжении всей жизни. Тогда, может, и «первичное звено» в здравоохранении обретет тот заветный смысл, о котором так много и без усталости говорят [10].

Не забываем, что в медицинской практике существуют «естественные риски», характерные по содержанию самой профессиональной деятельности, те, которые преодолеть даже медицинскими усилиями мы не в состоянии. Такие риски характерны для любой профессиональной деятельности, но в медицине они более очевидны, потому что затрагивается жизнь человека.

Все риски нами разделены на несколько фактических категорий.

А. Обычный человеческий страх быть немощным, обременением для родственников, потери контроля над телом, страх лишиться работы и материального благополучия, страх повторить судьбу поколений и многое другое. В попытке избежать подобных рисков — выбираем просто не сталкиваться с ними, не видеть, не замечать, оправдывать недомогания объективными условиями жизни, например, усталостью. Так называемый самообман, но для многих из нас — это частая практика поведения. Потому что она проста и позволяет оттянуть момент, когда страх сбывается.

Что можно сделать, здесь часто каждый решает для себя сам. Но факт отсутствия социально благополучного общества налицо: от неуверенности в паллиативной помощи до неуверенности в детях.

В. Практика поведения в стиле «потребительского экстремизма»: пациент диктует условия собственного лечения, занимая при этом пассивно-агрессивную политику. Пассивную — по отношению к собственному здоровью, агрессивную — к методам лечения, используемым профессиональными врачами. Это прямое следствие организационной ошибки, состоящей в том, что клиент и в медицине во всем прав, а врачи приравнены в статусе к обслуживающему персоналу. Сегодня происходит то, чего не было никогда: резкое падение статуса профессии врача, в том числе и в политике государства [11; 12]. В обществе же статус человека, к сожалению, сегодня не рассматривается в категориях знаний, навыков и профессионализма. О нем больше судят по материальному благополучию.

Более того, совершенно упущен тот факт, что медицинская услуга относится к разряду услуг, где эффективность достигается при равном, а иногда и значительном участии пациента (подобно обучению, спорту и т.д.). В подобного рода услугах быть пассивным наблюдателем — не добиться результата. Определенный выход из сложившейся ситуации: на уровне системы здравоохранения не закладывать той самой системной ошибки отрасли, которая вся ответственность за здоровье нации возлагается на государство, отрасль, медицинское учреждение, врача [11; 12], но сознательно оставляется безучастным сам человек. Такая терминология приводит к организационной некомпетентности в развитии отрасли.

С. Расширение методов софинансирования предоставления медицинских услуг совместно с населением. Вызывает сомнение не сам процесс, а такие его аспекты, как практика ценообразования на медицинские услуги и ценность услуги как факторы спроса. Очевидность существенных затрат в предоставлении медицинских услуг и фактический дефицит требуемого качества — те факторы, которые обуславливают более высокую цену по сравнению с мнением человека, потенциально готовым заплатить эту значительную цену в условиях лишь экстренной необходимости услуг. Поскольку потребление медицинских услуг больше явление событийное, профилактикой занимается весьма незначительный процент населения, да и распределение дохода населения происходит тоже не в пользу «корзины медицинских услуг» — можно сказать, что ценностный подход в установлении цены (но уже населением) не способствовал бы окупаемости реальных затрат. А значит, привлекательность идеи софинансирования и участия самого человека в финансировании своего здоровья очевидно блекнет. В условиях «неуверенности» в цене приверженцами заботы о здоровье мы не станем.

Д. Культура отношения к собственному здоровью как исторически сложившийся аспект. Всегда заботу о здоровье человека принимало на себя государство или сам человек. Как говорится, есть выбор. Тем не менее взаимолечение, народное целительство и знахари, земские врачи, традиции советской медицины (бесплатный характер предоставления медицинских услуг) делали участие самого человека в собственном здоровье минимальным. С другой стороны, традиции православной религии в отношении всех аспектов жизни воспитали у человека покорность воли Бога, а церковь устойчиво транслировала, что все заботы о человеке возьмет на себя. Требовалось лишь соблюдать обрядность и внешнюю религиозность. С приходом советской власти от человека не требовалось даже этого. И сегодня, генетически являясь потомками своих предков и сложившихся традиций, мы сохраняем уверенность, что о нашем здоровье позаботится кто-то другой.

Как мы видим, достаточное число рисков сложившейся системы потребления медицинских услуг свидетельствуют не в пользу укрепления ответственности человека за собственное здоровье. Позиционная, организационная и трансляционная активность государства должна выстраиваться по пути снижения рисков до уровня хотя бы разделения зон ответственности человека, государства и общества за физическое и моральное благополучие. Тем не менее посыл «экономической эффективности», так же как и позиция «бесплатности» медицинских услуг, пока не достигает поставленной цели.

Список использованной литературы

1. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / пер. с нем. В. Седелника и Н. Федоровой; посл. А. Филиппова. — М.: Прогресс-Традиция, 2000. С. 13–14.
2. Крашенинникова Ю. А. «Неформальное здравоохранение» в современной России и факторы его развития (по материалам пилотного исследования) // Мир России. — 2015. — № 24(4). — С. 99–122. URL: <https://mirros.hse.ru/article/view/4920>
3. Луман Н. Понятие риска / пер. к.ф.н. А. Ф. Филиппова Niklas Luhmann. Der Begriff Risiko. In: N. Luhmann. Soziologie des Risikos. — Berlin; New York: Walter de Gruyter, 1991. — S. 9–40 // THESIS. — 1994. — Вып. 5. — С. 135–160. URL: https://igiti.hse.ru/data/423/313/1234/5_2_2Luhm.pdf
4. Мозговая А. В., Шлыкова Е. В. «Социальная приемлемость риска» как социологическая категория / Социология: методология, методы, математическое моделирование. — 2010. — № 31. — С. 30–45. URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/2012/02/29/1269105549/Mozgovaya.pdf>
5. Николаев В. Г. Реформа российского здравоохранения и ценностные конфликты профессионализма // Журнал исследований социальной политики. — 2015. — Т. 13. — № 4. — С. 611–626. URL: <https://jsps.hse.ru/article/view/3303>
6. Патрикеева Н. С., Байкова О. В. Конвенциональность медицинской терминологии // Вестник Вятского государственного университета. — 2017. — № 6. — С. 44–49. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/konventsionalnost-meditinskoy-terminologii>
7. Романова Р. И. Что политического в потреблении? // Экономическая социология. — 2018. — Т. 19. — № 1. — С. 168–187.
8. Шейман И. М., Шевский В. И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. — 2015. — № 1. — С. 143–167. URL: <https://vgmu.hse.ru/2015--1/146838226.html>
9. Яницкий О. Н. Социология риска: ключевые идеи // Мир России. — 2003. — № 1. — С. 3–33. URL: http://riskprom.ru/TemaKtlg/RiskSociety/janicikj_sociologija_riska_2003.pdf
10. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (материал опубликован 02.06.2014 в 13.19. Дата обновления:

- 13.03.2018 в 12.23). URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>
11. Интервью министра Вероники Скворцовой «Российской газете» (материал опубликован 13.03.2018 в 10.24. Дата обновления: 15.03.2018 в 18.49). URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/03/13/7339-intervyu-ministra-veroniki-skvortsovoy-rossiyskoj-gazete>
 12. Что будет с медициной через 5 лет: интервью министра здравоохранения Вероники Скворцовой. URL: <https://www.zdrav.ru/news/1087057-intervyu-ministra-zdravoohraneniya-veroniki-skvortsovoy-29-yanvarya-2018>

О. С. САВЕЛЬЕВА,
*студентка ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ,
заместитель регионального руководителя Татарстанского отделения
Всероссийского общественного движения добровольцев
в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики»*

ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА «ЗДОРОВЫЕ УЛЫБКИ» СРЕДИ ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Аннотация. Забота о здоровье подрастающего поколения относится к числу национальных приоритетов Республики Татарстан. Стоматологическая заболеваемость детей и подростков является одной из наиболее острых и актуальных медико-социальных проблем. Доказано, что профилактика стоматологических заболеваний является одним из эффективных методов, позволяющих снизить уровень распространенности основных стоматологических заболеваний. В настоящее время все профилактические усилия должны быть направлены на поиски новых моделей построения профилактической работы с детским населением. Достаточно весомым шагом в этом направлении является разработанная образовательно-профилактическая программа «Здоровые улыбки» для детских дошкольных учреждений и средних школ Республики Татарстан.

Ключевые слова: профилактика, дети, гигиена рта, санитарно-гигиеническое воспитание.

Актуальность. Проблема здоровья детей находится в числе актуальных уже не одно десятилетие. Наиболее массовый характер она имеет в сфере стоматологии. У детей в период их активного роста зубы имеют несформированную эмаль, поэтому очень подвержены кариесу. Течение болезней зубов у детей происходит быстрее, чем у взрослых и создает предпосылки к большому числу воспалительных осложнений. Это может привести к раннему удалению зубов и, как следствие, к патологическому формированию постоянного прикуса. Разрушенные, пораженные кариесом зубы являются также источником инфицирования окружающих тканей, в том числе и зачатка постоянного зуба, а через костную ткань — всего организма [1, с. 8–9].

По статистике Стоматологической ассоциации России, заболеваемость кариесом сегодня охватывает 84% шестилетних детей, остается достаточно высокой у 12-летних детей (72%), а после 12 лет, включая кон-

тингент взрослых, составляет все 100%. Кроме того, обследование детей, проведенное в крупных городах России, показало, что более 90% детей не умеют правильно чистить зубы [2, с. 2–3].

Существующие в настоящее время организационные подходы и методы лечения не в состоянии снизить все возрастающую распространенность и интенсивность заболеваний рта. Поэтому в решении этой задачи на помощь стоматологам должна прийти первичная профилактика стоматологических заболеваний, внедрение которой уменьшит вероятность возникновения этих заболеваний и позволит снизить потребность в их лечении, что даст возможность врачу-стоматологу уделять больше времени предупреждению заболеваний.

С целью улучшения состояния стоматологического здоровья детей студенты стоматологического факультета Казанского государственного медицинского университета совместно с кафедрой стоматологии детского возраста в 2016 г. создали образовательно-профилактическую программу «Здоровые улыбки» для детей разных возрастных групп.

Настоящая программа направлена на формирование мотивации в сохранении стоматологического здоровья и снижение интенсивности стоматологических заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста г. Казани путем внедрения комплекса гигиенических и профилактических мероприятий.

Образовательно-профилактической программой «Здоровые улыбки» охвачено 9000 детей, из них: 3000 детей дошкольного возраста и 6000 школьников. Программа включает комплекс лечебно-профилактических мероприятий: установление контакта с детьми разных возрастных групп с последующей мотивацией; определение стоматологического статуса; проведение уроков гигиены рта; коррекция гигиенических навыков на основе проведения контролируемых чисток зубов; пропаганда некариогенной диеты; анкетирование среди родителей и педагогов по вопросам поддержания стоматологического здоровья. Существенную помощь во внедрении первичной стоматологической профилактики у детей играют их родители. Выработка у родителей убеждения в соблюдении правил здорового образа жизни их детей на основе научных знаний причин заболевания, а также освоение современных методов их предупреждения и поддержания организма в здоровом состоянии являются целью санитарно-просветительной работы. Поэтому санитарно-просветительная работа среди родителей должна предшествовать. Родителям нужно показать, как правильно чистить зубы, чтобы в домашних условиях они могли контролировать продолжительность, кратность и правильность ухода за полостью рта у детей. Здесь же еще раз заостряется внимание родителей на их ответственности за культуру потребления углеводов детьми, т.е. сочетание обучения со стоматологическим просвещением.

В рамках образовательно-профилактической программы «Здоровые улыбки» организуются встречи с родителями с проведением анкетирования по вопросам гигиены рта у детей и объяснением важных правил сохранения здоровья детей. Беседы по профилактике решают две задачи: а) озаботить родителей состоянием зубов и органов рта своих детей, б) вызвать непосредственную заинтересованность в проведении и поддержании профилактических мероприятий в детском коллективе.

Детские группы были определены с учетом возраста, анатомических особенностей и эмоционального восприятия. Таким образом, возрастными группами стали: 1. Дети дошкольного возраста 5–6 лет; 2. Младший школьный возраст (I–IV классы) 3. Средний школьный возраст (V–VII классы) 4. Старший школьный возраст (VIII–XI классы).

Здесь было очень важно, чтобы внешний интерес к гигиене и профилактике гарантированно перерастал во внутреннюю потребность развивающейся личности ребенка. Это значит, нужно было не просто рассказать о гигиене полости рта и факторах риска, пусть даже и увлекательно, но создать ситуацию «проживания» материала занятия на основе личного опыта. Когда ребенок сам, в собственном воображении воплощает предложенную учебно-сказочную историю, то создаются базовые условия для прочного запоминания информации и внутренней мотивации к здоровью. Это в детской природе, да и в природе человеческой — «впускать в себя», «пропускать через себя» увиденное, услышанное. Управление качеством профилактики, таким образом, сводится к управлению мотивационным состоянием детей, которое и рассматривается главным функциональным отличием и достоинством настоящей профилактической программы для детей и подростков.

Комплексная программа включала в себя ознакомление детей начального звена общеобразовательных школ с анатомией и физиологией рта, с основными стоматологическими заболеваниями, способами обнаружения таких заболеваний, а также с методами их предупреждения. Основной упор в преподавании делался на необходимость регулярного гигиенического ухода за полостью рта, обучение правильной чистке зубов, методам профилактики заболеваний рта и рациональному питанию.

В детских дошкольных учреждениях для детей от 5 до 6 лет был выбран формат сказки (в главных ролях «Зубная Фея» и «Злодей Карие»), которая способствует поэтапному формированию у ребенка привычки самому заботиться о своем стоматологическом здоровье. Совместно с этим используются разные формы обучения: игра — «вредное», «полезное», направленная на запоминание вредных и полезных продуктов питания для зубов; упражнения: «учимся чистить зубки»; просмотр мультфильма «Птичка Тари» и его обсуждение. На этом же этапе проводится осмотр рта, изучается состояние зубов с определением распространенности и ин-

тенсивности кариеса (индексов КПУ, КПУ+кп); раздается календарь для контроля чистки зубов. Используются наглядные пособия для занятий и игр с детьми и памятки родителям. В содержание памятки включена информация о факторах риска возникновения кариеса зубов и болезней пародонта (гингивитов) у детей дошкольного возраста, методах устранения факторов риска, пользе фторсодержащих зубных паст, методах чистки зубов детям, методах контроля, необходимости регулярных посещений врача-стоматолога.

Начальная школа (I–IV класс). Дети от 7 до 10 лет изучают важные темы, такие как «Что такое кариес», «Методы борьбы с кариесом», «Правильное питание», «Красивая и здоровая улыбка», в формате тематических игр, викторин, интерактивных встреч. На этом же этапе проводился осмотр рта, изучалось состояние зубов с определением распространенности и интенсивности кариеса (индексов КПУ, КПУ+кп); раздавался календарь чистки зубов для контроля.

Средняя школа (V–XI класс). Подростки от 11 до 14 лет на первом занятии заполняют анкету на знание гигиены рта, а затем в формате интерактива разбирают важные правила для сохранения здоровой улыбки. Затрагивают вопросы, касающиеся закрепления привычки самому заботиться о своем здоровье путем получения углубленных знаний по сохранению стоматологического здоровья. За период работы программа показала положительный результат в повышении санитарно-гигиенических знаний и навыков по вопросам гигиены рта и методах предупреждения стоматологических заболеваний среди дошкольников, школьников и их родителей на $20\% \pm 0,27$. Отмечено достоверное улучшение гигиенического состояния рта у $63\% \pm 0,37$ детей и подростков.

Рекомендации. Для детей дошкольного возраста рекомендована детская профилактическая зубная щетка с мягкой щетиной, индикацией степени износа щетки, с большой ручкой; детская лечебно-профилактическая паста противокариозного действия (с фтористым соединением или кальциевым компонентом, 200–500 ppm). Для младшего школьного возраста (I–IV классы) необходима детская зубная лечебно-профилактическая противокариозная паста с фторидом (до 500 ppm, с 8 лет до 1450 ppm. RDA — 50–80), зубная щетка 5-го поколения, ополаскиватель с фторидом, покрытие зубов фторлаком, герметизация зубов. Для среднего школьного возраста (V–VIII классы) лечебно-профилактическая противокариозная паста с фторидом (до 1450 ppm) зубная щетка 5-го поколения, ополаскиватель с фторидом, покрытие зубов фторлаком, герметизация зубов, жевательные резинки без абразивных компонентов, с сахарозаменителями типа ксилита использовать после еды кратковременно. Для взрослого школьного возраста (VIII–XI классы) лечебно-профилактическая противокариозная паста с фторидом (1450 ppm.), зубная щетка 5-го поколения,

ополаскиватель с фторидом. Использовать дополнительные средства гигиены рта, такие как флоссы, ершики, зубочистки. Для всех возрастных групп рекомендовано ежедневное употребление сырых овощей и фруктов, способствующих самоочищению полости рта; отказ от перекусов сладостями; увеличение в рационе количества кальцийсодержащих продуктов, морепродуктов; добавление в рацион фторированного молока, фторированной воды. Осмотр и санация у стоматолога 2 раза в год.

Выводы. Перспектива дальнейшей разработки темы исследования предполагает включение элементов профилактики стоматологических заболеваний в дошкольное и школьное обучение детей, внедрение предложенного алгоритма программы профилактики и оценку ее работы для обследованных групп населения с регулярным мониторингом осведомленности населения по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний. Дальнейшее внедрение образовательно-профилактической программы «Здоровые улыбки» будет способствовать повышению эффективности первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний, что приведет к медицинскому и социально-экономическому эффекту.

Список использованной литературы

1. *Захаров А. В., Куликова Н. Г.* Биоадекватный подход в профилактической медицине // Стандарты образования. — 2016. — № 5. — С. 2–3.
2. *Кузьмина Э. М.* Профилактика стоматологических заболеваний, 2003. — С. 25–30.
3. *Куцевляка В. И.* Детская терапевтическая стоматология, 2002. — С. 8–9.

РАЗДЕЛ IV

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ

И. А. ДОВГАНЬ,

к.м.н., доцент

*ФГБУ «Сакский ВКС им. Пирогова» Минобороны России,
г. Саки*

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ТИПА

Аннотация. Инновация — процесс внедрения новых подходов в деятельность санаторно-курортных организаций (далее — СКО) с целью постоянных улучшений. В деятельности СКО выделяют следующие виды инноваций: информационно-технологические инновации, направлены на автоматизацию информационных потоков в СКО; технологические инновации, связанные с новыми лечебными технологиями или новыми комбинациями их применения; организационные инновации, предполагающие совершенствование организации труда персонала и эффективности работы управления СКО; экономические инновации, связанные с внедрением новых методов планирования и финансирования деятельности СКО, в том числе продвижением востребованных платных медицинских услуг.

Ключевые слова: инновации, санаторно-курортные организации, экономическая целесообразность.

Информационно-технологические инновации. При внедрении информационных технологий в деятельность СКО необходимо определить единую для всей информационной системы программную платформу с целью повышения эффективности взаимодействия отдельных программных информационных модулей. Первоначально требуется автоматизация рабочих мест: приемного отделения, отдела реализации и распространения путевок, медицинских диспетчеров. С целью контроля за всем лечебно-диагностическим процессом необходимо внедрить «электронную историю болезни», а также лабораторную информационную систему, что позволит сократить время в процессе передачи данных на всех этапах и полностью исключить ошибки, связанные с человеческим фактором [1].

Производственно-технологические инновации, связанные с новыми лечебными технологиями и новыми комбинациями при их применении. В каждой СКО необходимо разработать стратегию по внедрению инновационных технологий, в которой следует предусмотреть этапность в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и профильностью.

На первом этапе предпочтение следует отдать внедрению инновационных технологий, соответствующих стандартам санаторно-курортной помощи и требованиям нормативных документов в отношении оснащения оборудованием для медицинской и медико-психологической реабилитации. При этом приоритет отдается оборудованию и технологиям, которые позволят проводить сочетанные процедуры, предполагающие одновременное использование двух и более физических факторов и обладающие большей терапевтической эффективностью по сравнению с монофакторными воздействиями.

Рекомендуемый перечень оборудования и технологий для первого этапа: аромабальнеотерапия или аромагидротерапия (в зависимости от наличия минеральной воды или рапы); парофитокислые процедуры с помощью микропроцессорной пароуглекислой ванны; вихревые камерные ванны для верхних и нижних конечностей; углекислые ванны с помощью сатуратора; кислородные нормоксические камеры; аппараты низкочастотной терапии; аппараты для сочетанной магнитоинфракрасной лазерной терапии; аппараты для сочетанной транскраниальной электростимуляции и магнитотерапии; аппараты для продолжительной пассивной механотерапии суставов; аудиовизуальный комплекс «Диснет».

На втором этапе рекомендуется внедрение высокоэффективных и рентабельных инновационных технологий: карбокситерапии, дистанционной ударно-волновой терапии, лимфодренажной прессотерапии, гравитационной нейромышечной активации с помощью системы «Экзарта», экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного аппарата тазового дна с помощью аппарата «Авантрон», альфа-массажа с помощью СПА-капсулы, полисенсорного воздействия на нижние и верхние конечности с помощью центрифуги «Aquaroll», полисенсорного воздействия с помощью галокапсулы, аромафитотерапии с помощью аппарата «Фитотрон», биоуправляемой аэроионотерапии с помощью аэроионизатора [2].

Организационно-технологические инновации, связанные с совершенствованием организации труда персонала и эффективности работы управления СКО включают:

- систему оценки качества работы персонала посредством материального и нематериального стимулирования, и как результат — обеспечение высокого уровня сервиса, повышение эффективности и увеличение пропускной способности санатория;

- ресурсосберегающие технологии при отпуске процедур. Например, использование обергывания пленкой вместо брезента при грязевых аппликациях позволяет снизить объем грязи на 50%, что значительно уменьшает потери воды, моющих средств, электроэнергии, человеческих ресурсов; использование одноразовых расходных материалов (электродов, грязевых тубов, одноразовых наконечников) позволяет оптимизировать работу процедурных кабинетов и увеличить их пропускную способность;
- оптимизацию работы персонала с целью взаимозаменяемости при изменении потребности в проведении процедур, например, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре при проведении процедуры гравитационной нейро-мышечной активации на установках «Экзарта». Один инструктор может работать с двумя пациентами на двух установках;
- использование групповых методов, например, детензор-терапии, что позволяет значительно увеличить охват пациентов процедурами лечебной физкультуры и оптимизировать работу отделения ЛФК.

Экономические инновации, связанные с внедрением новых методов планирования и финансирования деятельности СКО, в том числе с продвижением востребованных платных медицинских услуг. Для продвижения и максимально эффективного применения внедренных инновационных технологий в СКО целесообразно широко использовать рекламу (рекламные проспекты, продукцию с корпоративной символикой, интернет-продвижение, кабельное телевидение, встречи с пациентами и др.).

Определение загруженности аппаратов, анализ оборудования и платных медицинских услуг обеспечивают их эффективное использование с получением максимальной прибыли.

В результате деятельность по внедрению инновационных методов позволяет СКО повысить престижность и востребованность в санаторно-курортном лечении, а также увеличить доходную часть от платных медицинских услуг [3].

Список использованной литературы

1. *Ветитнев А. М., Войнова Я. А.* Организация санаторно-курортной деятельности: учебное пособие. — М.: Федеральное агентство по туризму, 2014. — 272 с.
2. *Пономаренко Г. Н.* Медицинская реабилитация: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 360 с.
3. Проект Государственной стратегии по развитию санаторно-курортного комплекса Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/gosudarstvennaya-strategiya-porazvitiyu-sanatorno-kurortnogo-kompleksa-rossiyskoy-federatsii>

М. Т. БЕРСЕНЕВА,
генеральный директор тренинговой компании «ОСНОВА»,
г. Москва

ПЯТЬ ИДЕЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННЕГО МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РОССИИ

Аннотация: В статье показаны положительные стороны развития медицинского туризма. Российский рынок становится все более конкурентоспособным, все больше появляется медицинских центров, способствующих улучшению уровня обслуживания. Однако, несмотря на целый ряд положительных перемен в отрасли, за последнее время в сфере въездного медицинского туризма в России существует целый ряд вопросов, которые требуют комплексного решения. Обосновывается важность оздоровления сотрудников для роста производительности труда на предприятиях.

Ключевые слова: медицинский туризм, санаторно-курортное лечение, рынок медицинских услуг.

1. Необходимость или роскошь?

Перепозиционирование и продвижение российских курортов. Эпоха возрождения внутреннего туризма в Российской Федерации. Треть жителей страны выбирают отечественные курорты. Основные направления турпотока в России в 2017 г. Сочетание высокого уровня медицины и природно-климатических особенностей российских курортов. Сравнительная статистика потребления туристских и медицинских услуг в России за последние четыре года. Статистика эффективности лечебно-оздоровительного туризма на примере Кавказских Минеральных Вод.

2. Премия или путевка?

Организация оздоровления сотрудников как альтернатива денежным вознаграждениям. 10 жирных плюсов. Минимизация издержек предприятия на выплату больничных листов. Повышение производительности труда на предприятиях. Увеличение объема продаж в низкий сезон за счет роста выручки, поступающей из двух каналов — компании и туристические агентства. Коммерческое предложение с точки зрения интереса клиента. Как рассчитать план продаж и увеличить выручку в санатории или клинике в несезон?

3. Лечение или отдых?

Санаторно-курортное лечение как главное звено в лечении и реабилитации хронических пациентов. Реальная платежеспособная потребность

в санаторно-курортном лечении в три раза выше той, которая есть сейчас. Для этого есть весьма серьезные предпосылки. Старение населения. Рост количества хронических заболеваний. Отсутствие в современной модели здравоохранения других звеньев, в задачу которых входило бы лечение хронических пациентов. Это задача именно санаторно-курортной системы! Также очевидно, что хронический пациент уже никогда не будет здоровым и для поддержания своего уровня здоровья ему необходимо проведение ежегодных санаторно-курортных курсов.

Сотрудничество с больницами. Альтернатива дорогим клиникам.

4. Врачи или продавцы?

Возможности для повышения качества сервиса и увеличения продаж услуг медицинского туризма. Многопрофильность или медицинский фокус. Как правильно и профессионально выстроить продвижение санаторно-курортных услуг для увеличения потока медицинских туристов. Привлечение потока местного населения. Чем уже ниша, тем легче найти своего покупателя. PR санаториев и клиник. Пример программы обучения. Небольшие, точечные и системные изменения в продвижении услуг санатория дают гарантированный рост продаж.

*О. А. БУНАКОВ,
к.э.н., завкафедрой сервиса и туризма ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Аннотация. В статье раскрывается понятие «медицинский туризм» и показаны этапы становления и развития данного вида туризма в России и Республике Татарстан с конца XX в. по настоящее время. На основе исследования выделяется ряд проблем, препятствующих развитию медицинского вида туризма в Республике Татарстан.

Ключевые слова: туризм, медицинский туризм, устойчивое развитие туризма.

Медицинский туризм, согласно прогнозам ВТО, является одним из наиболее перспективных видов туризма в XXI в. Однако, несмотря на этот факт, существует очень ограниченный перечень стран, которые могут похвастать наличием именно туристов. Многие неверно трактуют само определение «медицинский туризм», который означает предоставление в первую очередь туристских услуг, таких как перевозка, трансфер, размещение, страхование, и лишь во вторую очередь — медицинских услуг. Разумеется, для многих туристов именно оздоровление или лечение является основной целью поездки и решающим критерием при выборе страны или региона для путешествия. Еще одной отличительной особенностью данного вида туризма является высокая длительность пребывания туристов на отдыхе (для санаториев классический срок лечения составляет три недели). Все вышеперечисленные нюансы медицинского туризма делают данный вид очень специфическим и необычным, требующим большой подготовительной работы перед выходом на региональный и мировой туристские рынки.

Республика Татарстан в настоящее время показывает бурное развитие туристской сферы, вызванное в первую очередь большим количеством привлеченных крупных мероприятий мирового масштаба: Универсиада-2013, Чемпионат мира по водным видам спорта-2015, Чемпионат мира по футболу-2018. Данные события дали региону возможность поднять на новый уровень туристскую инфраструктуру, а также отлично прорекла-

мировали Татарстан как территорию, радушно относящуюся к туристам и готовую принимать большое количество гостей [1; 3].

Несмотря на несомненные успехи в развитии туризма в регионе, власти Республики Татарстан прекрасно осознают, что необходимо постоянно модернизировать имеющийся туристский продукт. Одним из приоритетных направлений стратегического развития сферы туризма на период до 2030 г. Президент Республики Татарстан Р. Н. Минниханов назвал медицинский туризм.

В советские времена город Казань и ТАССР в целом никак не являлись центром развития медицинского туризма. Всенародной любовью пользовались Крым и Кавказские Минеральные Воды, где сосредотачивалось большое количество санаториев и профилакториев. Также ездили лечиться в Москву и Санкт-Петербург как в научные центры страны, где при крупнейших медицинских университетах действовали лучшие клиники. Лечиться в Москве было не только недешевым «удовольствием», но также необходимо было иметь какие-либо связи или протекцию. Чаще всего позволить себе такое могли только крупнейшие политические деятели страны.

С развалом СССР общее бедственное положение в экономике не могло не коснуться и медицины. В результате качество оказываемых услуг на некоторое время остановилось в своем развитии, в то время как весь передовой мир активно развивал новые формы и методы лечения. У россиян появилась возможность выезжать за рубеж, в том числе и с лечебными целями, и наши граждане стали посещать Чехию (Карловы Вары), Германию, Швейцарию, Израиль и другие страны [2; 4]. Цены на лечение за рубежом были не низкими, но качество лечения на порядок выше, чем в России.

В Республике Татарстан до 2000-х гг. медицинский туризм практически отсутствовал, что было обусловлено низким качеством оказываемых услуг. Даже сами жители региона по возможности предпочитали выехать на лечение в столицу или за рубеж, и это несмотря на сильную медицинскую школу в лице Казанского медицинского университета, который является кузницей славных кадров. Проведение в Казани Универсиады и других крупных событий последних лет практически заставило власти обратить внимание на развитие здравоохранения. Первые упоминания о необходимости развивать на основе республиканских больниц медицинский туризм относятся к 2010 г., но тогда это были лишь планы. Потребовалось несколько лет, чтобы сначала наши соотечественники, а затем и иностранцы распробовали татарстанский медицинский продукт. Можно сказать, что данный вид туризма в регионе развивается с нуля.

В 2017 г. Россию с целью оздоровления посетили 111 тыс. иностранцев. К сожалению, Республики Татарстан в списке регионов-лидеров не оказалось. Казань привлекательна в первую очередь для наших со-

граждан из других регионов. Однако, как отмечают специалисты, у Татарстана есть очень хорошие перспективы для развития исламского медицинского туризма, который все более пользуется спросом в мире. Инвестиции в данный вид туризма могут быть как государственными, так и частными. В 2017 г. появилась первая подобная клиника в Казани, которая сразу же привлекла внимание туристов из Узбекистана и некоторых других исламских стран. Вероятно, в дальнейшем исламский медицинский туризм может стать изюминкой Татарстана на рынке туруслуг. Подобные примеры есть в Китае, где при крупных городах имеются центры тибетской медицины, привлекающие огромное количество туристов со всего мира.

Среди основных проблем развития медицинского туризма в Республике Татарстан можно выделить следующие:

- 1) слабая раскрутка или пиар медицинских услуг в регионе;
- 2) сильная лечебная база, но при этом достаточно низкое качество диагностики заболеваний;
- 3) низкий уровень информированности о медицинских туристах (зачастую гости не пользуются услугами туристских фирм и заказывают весь спектр лечения и прочие услуги напрямую).

Разумеется, указанные проблемы оказывают существенное влияние на медленные темпы развития медицинского туризма в регионе, но никак не являются неразрешимыми.

Список использованной литературы

1. Бунаков О. А. Развитие регионального туризма с учетом национальных особенностей (на примере Республики Татарстан) // Российские регионы: взгляд в будущее. — 2017. — Т. 4. — № 1. — С. 138–144.
2. Тополь Э. Будущее медицины: ваше здоровье в ваших руках. — М.: Альпина нон-фикшн, 2016. — 491 с.
3. Эйдельман Б. М., Бунаков О. А. Конструирование территориальных брендов и его роль в развитии внутреннего туризма в России // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. — 2016. — № 3 (15). — С. 241–243.
4. Tej K Kaul, Deepinder K. China Medical Tourism and New Delhi Metallo β - Lactamase 1- A Concern and Threat (англ.) // Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology. — 2010. — Vol. 26. — No. 4. — P. 437–438.

*Н. А. ВОСКОЛОВИЧ,
д.э.н., профессор кафедры экономики труда и персонала
ЭФ МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Аннотация. В статье обобщаются основные направления и факторы динамики внутреннего, въездного и выездного медицинского туризма россиян. Определены меры по повышению конкурентоспособности российского медицинского туризма, в том числе сертификация медицинских учреждений и качества услуг, преодоление информационной асимметрии, формирование пакетных услуг, последующее дистанционное курирование пациентов, реализация проектов по продвижению отечественных объектов медицинского туризма на мировой рынок.

Ключевые слова: медицинский туризм, диагностика, лечение, реабилитация, оздоровление, пакетные услуги, информационная асимметрия.

Сохраняя общепринятые признаки туризма вообще, такие как временный выезд за пределы постоянного места жительства в целях потребительского характера, следует выделить специфические особенности медицинского туризма: получение медицинских услуг (лечение) за пределами региона проживания, реабилитация, совмещение отдыха с лечением либо оздоровлением [1, с. 22–23].

Понимание медицинского туризма, как и сферы туризма в целом, как представляется, нуждается в теоретическом переосмыслении на основе междисциплинарного подхода, позволяющего сформировать проблемное поле, охватывающее сопряженные области научных исследований как в здравоохранении, так и в туризме, раскрыть мультипликативное влияние медицинского туризма на другие взаимосвязанные виды и отрасли деятельности, изучить составляющие элементы и качества комплекса предлагаемых услуг [2, с. 71–72].

Россия на мировом рынке медицинского туризма в настоящее время занимает скромное место — на ее долю приходится менее 1% объема этого рынка. Как свидетельствует международный индекс медицинского туризма (Medical Tourism Index) за 2016 г., Россия занимает 34-е место из 41 с оценкой 59,94 балла, 31-е место по качеству услуг с оценкой 61,15 балла и 34-е место по окружающей среде с оценкой 49,96 балла [6]. Для срав-

нения: международный индекс медицинского туризма равен (по месту в рейтинге): в Канаде (первое место) — 76,62, Великобритании — 74,87, Израиле — 73,91, Сингапуре — 73,56, Индии — 72,10.

Тем не менее специалисты утверждают, что лечение иностранцев в России способно внести серьезный вклад в сырьевой экспорт, поскольку для этого есть все предпосылки [5]. По данным Министерства здравоохранения, в 2016 г. 66,4 тыс. иностранцев получили медицинскую помощь в российских медицинских учреждениях, в том числе три четверти из них амбулаторно. В основном потребители — граждане стран СНГ, для которых привлекательны услуги стоматологии, урологии, гинекологии (ЭКО), пластическая хирургия, ортопедия, травматология, сердечно-сосудистая хирургия, офтальмология. В качестве лечебно-диагностических центров туристы-иностранцы выбирают столичные и крупные города России. Среди положительных моментов отмечается приемлемое соотношение «цена-качество» услуг медицинского туризма. Проблемы возникают вследствие жестко регламентированного визового режима, тогда как в зарубежной практике используют систему специальных медицинских виз сроком до шести месяцев.

Другая важнейшая проблема обусловлена тем, что на рынке услуг медицинского туризма, как и в целом на рынке медицинских услуг, существует так называемая «асимметрия информации» в силу неравномерности распределения информации между врачом и пациентом (потребителем), отражающаяся на их взаимоотношениях. Пациент (потребитель) далеко не всегда может объективно оценить состояние своего здоровья и необходимые для его восстановления медицинские услуги, вследствие чего возможна ситуация нерационального потребительского выбора. Со стороны врачей может возникать ситуация тенденциозного отбора пациентов с высокими медицинскими рисками и последующий отказ им в необходимой помощи («оборонительная медицина») либо, наоборот, назначение излишних процедур платежеспособным потребителям.

Определенный вклад в минимизацию проблем, возникающих в силу информационной асимметрии, вносит «Темос» — нейтральный и независимый орган по сертификации медицинских учреждений (штаб-квартира расположена в Германии). С 2015 г. российское представительство «Темос» имеется в Москве. Сертификация на соответствие медицинских учреждений национальным и международным критериям качества и системе менеджмента качества (Quality Management System — QMS) позволяет потребителям осуществлять достоверный и надежный выбор, но официальная статистика о российских медицинских учреждениях, имеющих такой сертификат, пока отсутствует.

В развитии внутреннего медицинского туризма сформировались определенные направления диагностического, лечебного, реабилитационного,

оздоровительного профиля. Национальный туристский портал Russia Travel предлагает в разделе «Оздоровительный туризм» бальнеотерапию (лечение минеральными водами), пелоидотерапию (лечение грязью), климатотерапию, рекреационный туризм, а также детские санатории. В России имеется около 45 тыс. здравниц, большинство из которых — круглогодичные. Огромное разнообразие предлагаемых услуг создает определенные проблемы выбора, что способно смягчить, как представляется, пакетное предоставление услуг в сочетании с добровольным медицинским страхованием.

В 2017 г. число отечественных медицинских туристов в России достигло 9 млн человек, что на 35% больше, чем в 2016 г. [4]. Однако фактор роста цен для россиян небезразличен, в связи с чем 6% из них экономят на лечении за счет поездок в регионы. В основном это жители столиц и крупных городов, которые в силу ценовых различий едут лечиться в стоматологические клиники Твери, Рязани, ищут более дешевые услуги офтальмологии, гинекологии, ортопедии, протезирования и др. в региональных медицинских учреждениях. При подборе мест лечения в регионах учитывают возможности лечения в месте проживания (очереди, качество, цены). Экономия в оплате регионального медицинского туризма может исчисляться в размах. Эта тенденция отражает улучшение качества и доступности услуг региональной медицины, но вместе с тем свидетельствует об уменьшении доступности медицинской помощи по месту жительства.

Наиболее платежеспособные россияне едут лечиться за границу. Выездной туризм сформировался по конкретным направлениям и странам. Приоритетным считается Израиль, в который ежегодно приезжает около 40 тыс. россиян, поскольку здесь хорошее качество медицинских услуг и уход за пациентами, дополняемые полученными впечатлениями от страны при относительно доступных ценах, создают привлекательность медицинского туризма [3]. Следующее место в рейтинге выездного медицинского туризма россиян занимает Германия, куда также ежегодно выезжает несколько тысяч человек. Во многих случаях после лечения немецкие врачи продолжают курировать пациентов. Третье место в выездном медицинском туризме занимает Финляндия, транспортная доступность которой, относительно простой порядок оформления визы, наличие русскоговорящего персонала, применение уникальных методик лечения привлекают россиян [3].

Обостряющаяся конкуренция на мировом рынке медицинского туризма ставит целый ряд задач: создание надежной информационной базы об объектах и маршрутах различных видов туризма, отбор «якорных» учреждений с сертифицированными услугами и реализация проектов их продвижения, разработка комплексных туристских продуктов с широкой медицинской, оздоровительной и культурно-ознакомительной программой,

включающей услуги по последующему дистанционному сопровождению, подготовка программ лояльности и кобрендинга для различных социальных групп туристов.

Список использованной литературы

1. *Восколович Н. А.* Маркетинг туристских услуг. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008.
2. *Восколович Н. А.* Междисциплинарный аспект современных исследований в сфере туризма // Вестник Московского университета. Серия 6. Экономика. — 2016. — № 6. — с. 71–86.
3. *Ганкин А.* В какие страны в 2017 году предпочитают ехать лечиться россияне? // EuroClinika.ru.
4. Медицинский туризм в России // РБК. — 28 февраля 2018.
5. *Радченко Т.* Диагноз туриста // Российская газета — Столичный выпуск. — № 7433(267).
6. Medical Tourism Index. URL: <https://www.medicaltorusmindex.com/destination/russia>

Г. М. ИБРАГИМОВА,

*ст. преподаватель кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

Е. А. ГЕРКИНА,

*ст. преподаватель кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

КЛАСТЕРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ УСЛУГАМ В РЕГИОНЕ

Аннотация. В работе показана роль кластерного подхода в формировании системы здравоохранения, реализующей модель «Медицина» профилактики и реабилитации.

Ключевые слова: кластерный подход, человеческий капитал, человеческий потенциал, «умная» экономика, «умная» медицина, сфера здравоохранения, Стратегия, инновации, здоровый образ жизни.

Ключевой акцент в долгосрочных стратегических направлениях социально-экономического развития региона ставится на повышении качества жизни, создании комфортного пространства для развития человеческого капитала, в котором можно успешно реализовать свой индивидуальный творческий потенциал. Это важнейший момент и в инновационной, и в инвестиционной, и в кластерной политике [1].

Таким образом, приоритетом является обеспечение кардинального повышения качества жизни населения республики на основе устойчивого развития санаторно-курортной отрасли, оздоровительного туризма в целом.

Отметим, реализация кластерного подхода лежит в основе стратегий развития регионов. Основными направлениями политики формирования кластерного подхода является конкурентное развитие как самого кластера, то есть компаний и институтов, входящих в его состав, так и региона, на территории которого этот кластер располагается.

Согласно классическому определению профессора Гарвардской школы бизнеса М. Портера, кластеры — это сконцентрированные по географическому признаку группы взаимосвязанных компаний и фирм в родственных отраслях, а также связанных с их деятельностью организаций, кон-

курующих, но при этом ведущих совместную работу. Термин «кластер» с английского языка переводится как «расти вместе» [5].

Так, объединение инновационных компаний в кластер формирует строго ориентированную систему распространения новых знаний, технологий и инноваций, а не случайную локальную концентрацию разнообразных технологических новшеств. Инновационная структура кластера способствует снижению совокупных затрат на исследование и разработку нововведений с последующей их коммерциализацией за счет высокой эффективности производственно-технологической структуры кластера, что позволяет его участникам стабильно осуществлять инновационную деятельность и обеспечивает синергетический эффект и устойчивость во внешней среде [3].

Республика Татарстан располагает благоприятной средой для объединения в единый кластер структур, интегрированных на основе сходства своих миссий. В регионе успешно реализуется кластерный подход в развитии социально-экономической системы с точки зрения инновационных процессов, которые обеспечивают эффективную адаптацию системы к вызовам времени. В регионе сформирован современный портфель конкурентоспособных кластеров современной экономики и «умной» экономики. Прошедшие 2016–2017 гг. характеризуются зонной кластерной активизацией, в рамках которой определены региональные кластеры с высоким потенциалом, способные стать конкурентоспособными на межрегиональном или глобальном уровне.

Территория республики разделена на три зоны, в каждой из которых определены головные центры.

1. В городе Казани — ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» и крупные республиканские клинические больницы. Центральная зона — ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан (22 района Республики Татарстан, зона г. Казани (1/3 детского населения) — городская детская больница № 1 г. Казани.

2. На юго-востоке — медико-санитарная часть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска. Юго-восточная зона — г. Нижнекамск, Альметьевск и Лениногорск (12 районов).

3. Для северо-восточного региона республики в 2010 г. после реконструкции начало функционировать ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» в г. Набережные Челны, где оказывается круглосуточная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь по кардиохирургии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии, онкологии. Северо-восточная зона — ГАУЗ «Закамская детская больница с перинатальным центром» в г. Набережные Челны (9 районов Республики Татарстан) [2].

Следует обратить внимание на территориальное расположение санаториев. Санаторно-курортные учреждения концентрированы в трех местах, поэтому в рамках предложенной Стратегии социально-экономического развития Республики Татарстан до 2030 г. предлагается разделить их на кластеры: Казанский, Камский и Альметьевский.

Каждый кластер будет объединен с целью повышения уровня предоставляемых санаторно-курортных услуг. Будут приняты и реализованы рекомендации согласно целевому рынку и территориальными особенностями.

Задача каждого кластера в сфере оздоровительного туризма — улучшить транспортную доступность санаторно-курортной базы, охватить большую аудиторию, провести маркетинговые кампании, улучшить качество сервиса, охватить целевую аудиторию своего кластера и направить все рычаги маркетинга на данный сегмент.

1. К Альметьевскому кластеру относятся: санаторий «Бакирово», санаторий «Ян», санаторий «Ромашкино», санаторий «Голубое озеро», санаторий-профилакторий «Лениногорский», санаторий-профилакторий «Здоровье», санаторий-профилакторий «Джалильский», санаторий «Азнакаевский», санаторий «Вита», санаторий «Иволга», санаторий «Лилия», санаторий «Лучезарный».

Целевая аудитория Альметьевского кластера: жители Республики Татарстан (региональный туризм), а именно ближайших поселений, жители Республики Башкортостан (межрегиональный туризм).

2. На территории Камского кластера расположены: санаторий «Ижминводы», санаторий «Жемчужина», санаторий «Радуга», санаторий-профилакторий «Космос», санаторий-профилакторий «Корабельная роща», клиника-санаторий «Набережные Челны», санаторий «Шифалы».

Целевая аудитория Камского кластера: жители Республики Татарстан в данном кластере, жители Удмуртской Республики, Пермского края.

3. К Казанскому кластеру относятся: санаторий «Сосновый Бор», санаторий «Крутушка», санаторий-профилакторий «Балкыш», санаторий «Санта», санаторий «Дельфин», санаторий-профилакторий «Волга», санаторий-профилакторий «Васильевский», санаторий-профилакторий КАПО им. Горбунова, санаторий «Ливадия», санаторий «Нехама», санаторий «Газовик».

Целевая аудитория: жители Республики Татарстан, жители Чувашской Республики, Республики Марий Эл, туристы столицы.

Социальной миссией данной Стратегии социально-экономического развития Республики Татарстан до 2030 г. является сохранение здоровья населения и продление долголетия. Кластерная активация в сфере охраны здоровья будет способствовать раскрытию практической технологии инновационного взаимодействия медицинской индустрии в лице меди-

цинских учреждений, исследовательских центров, вузов, государственного управления.

Список использованной литературы

1. Закон Республики Татарстан от 17.06.2015 № 40-ЗРТ «Об утверждении Стратегии социально-экономического развития Республики Татарстан до 2030 года» (принят ГС РТ 10.06.2015) // Ведомости Государственного Совета Татарстана: Официальное издание Государственного Совета Республики Татарстан. — Июнь 2015 (II часть). — № 6. — С. 5.
2. Государственные программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года» (с изменениями на 12.04.2016).
3. *Ибрагимова Г. М., Туганова Э. А.* Кластерная активация как фактор повышения конкурентоспособности системы здравоохранения Республики Татарстан // Управление общественным здоровьем: современные проблемы и тенденции. Экономический форум «Экономика в меняющемся мире» 24–27 апреля 2017 г. — Казань, 2017. — С. 67–68.
4. *Николаева Л. А.* Кластерный подход к оценке потенциальных точек роста инновационной инфраструктуры региона // Проблемы современной экономики. — 2008. — № 3 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.m-economy.ru/art.php3?artid:=24568>
5. *Портер М. Э.* Конкуренция: пер. с англ. — М.: Изд. дом «Вильямс», 2005. — 608 с.

В. В. КОВАЛЕНКО,
*к.э.н., вед. инженер кафедры философии и методологии экономики
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

Л. А. ДАВЫДОВА,
*инженер кафедры философии и методологии экономики
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ — ОДИН ИЗ ПУТЕЙ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ

Аннотация. В России идет интенсивное развитие нового вида туризма — медицинского туризма. Развивается как внутренний, так и въездной медицинский туризм. Для сегодняшнего развития необходимо улучшение сервиса, инфраструктуры.

Ключевые слова: медицинский туризм, ассоциация медицинского туризма, медицинская услуга, туристическо-рекреационные кластеры.

Туризм является экономическим феноменом мирового хозяйства нашего столетия. Во многих странах мира туризм играет ведущую роль в формировании национального валового внутреннего продукта, источником финансовых поступлений и экономического развития государства, его субъектов и муниципальных образований. Туризм входит в число трех ведущих отраслей мирового хозяйства после нефтедобывающей промышленности и автомобилестроения. На развитие туризма влияют многие факторы, такие как демографические, природно-географические, социально-экономические, исторические, религиозные, политические, правовые и др. За последние десятилетия сфера туризма значительно выросла и продолжает развиваться, что предполагает рост качества жизни человека.

Одним из видов туризма, направленного на это, является медицинский туризм. Это одно из новых явлений всеобщего мирового туризма, которое с каждым годом становится все популярнее. Впервые этот вид туризма появился в прошлом столетии. В этот период люди стали чаще посещать другие города, регионы, зарубежные страны для получения более качественного и доступного лечения. Существует немало определенных медицинского туризма. Мы придерживаемся определения, которое дал швейцарский специалист по туризму С. Каспара: «Медицинский ту-

ризм как совокупность связей и явлений, которые возникают при изменении постоянного места проживания людей с целью улучшения, стабилизации и восстановления физического, умственного и социального здоровья под воздействием предписанных действий оздоровительного и лечебного характера, для которых место, где они находятся при этом, не является постоянным местом проживания и работы» [2]. Медицинский туризм — это прежде всего оздоровительное путешествие, основная часть времени туриста уходит на получение медицинской помощи. Медицинский туризм условно можно разбить на такие направления: клиническое обследование, диагностика, лечение, санаторно-курортное обследование, после чего профилактические мероприятия или лечение человека. Клинический медицинский туризм используется для специализированного лечения туриста по его инициативе за счет негосударственных средств. Медицинский туризм санаторно-курортной направленности предоставляет медицинские услуги туристу с профилактической целью поддержания его организма в здоровом состоянии или с целью лечения на базе санаторно-курортных учреждений с использованием природных ресурсов (минеральные воды, грязи и др.). Благодаря развитию медицинского туризма многие клиники получили дополнительную известность и возможность развития.

Мировой рынок медицинского туризма последние годы постоянно растет. В 2017 г. его рост опережал развитие глобальной экономики, по данным экспертов Euromonitor International, он составил 4% (по сравнению с мировым ВВП — 3,5%). Доходы от медицинского туризма в 2017 г. составили 15 млрд долл. США, по прогнозам Euromonitor International, к 2022 г. эти цифры увеличатся на 30% [3]. Мировые лидеры по посещаемости туристами для лечения являются Таиланд, Сингапур. Больше всего в 2017 г. выезжали туристы за медицинской помощью из Китая. Эта тенденция сохранится и дальше, а Китай станет крупнейшим источником спроса на услуги выездного медицинского туризма. По данным ВОЗ, в мире идет увеличение продолжительности жизни людей, причиной этому, как считают эксперты Организации экономического сотрудничества и развития, является то, что большее количество людей стало вести здоровый образ жизни, а во многих странах идет повышение уровня доходов и образования населения. В России также наблюдается рост медицинского туризма. В связи с этим в Совете Федерации 18 января 2018 г. на рабочем совещании, где обсуждались вопросы, касающиеся проблем и перспектив развития медицинского туризма в России, было предложено включить блок вопросов, связанных с медицинским туризмом, в Стратегию развития здравоохранения до 2025 г. Сенатор Дмитрий Шостохин отметил, что в Российской Федерации складываются возможности на высоком уровне предоставлять медицинские услуги как жителям России, так и иностранным гражданам в области сердечнососудистой хирургии,

травматологии, ортопедии, офтальмологии, стоматологии, урологии, гинекологии, пластической хирургии и в других направлениях медицины. В помощь развитию медицинского туризма в России была создана Российская ассоциация медицинского туризма. Задачей этого объединения является обеспечение пациентам медицинских туристических программ высококачественного лечения на уровне мировых стандартов, используя возможности как государственного здравоохранения, так и потенциал частных российских и зарубежных клиник. Официальное название ассоциации — Ассоциация организаторов международного медицинского туризма (АОММТ). Уже налажены контакты с ведущими клиниками Греции, Македонии, Болгарии, Кореи, Израиля, Испании, Германии, США, Италии, Туниса, Австрии, Литвы, Словении, Венгрии, Чехии, Словакии, Китая, Бельгии. По данным АОММТ, в 2016 г. в Россию за медицинскими услугами приехало около 20 000 человек из различных стран. При этом туристы приезжают как в федеральные, так и в частные медицинские центры. Президент АОММТ Константин Онищенко отметил рост числа иностранных туристов, учитывая то, что в 2017 г. количество таких туристов составило уже 110 000 человек [2]. Причиной роста послужила привлекательная цена предоставляемых медицинских услуг и их качество. Это позволяет делать прогнозы о повышении числа туристов, посетивших Россию для получения медицинской помощи. Кроме того, высокий уровень медицинских специалистов в России способствовал тому, что много туристов посещают Россию для медицинского обслуживания и консультаций у конкретных специалистов. Медицинский туризм в России имеет свою специфику. Федеральные, муниципальные, частные клиники оказывают высококачественную медицинскую помощь с использованием новейшего, современного оборудования и уникальных методик.

Отдельной группой медицинского туризма являются реабилитационные центры, санаторно-курортные комплексы, где организм человека восстанавливают после серьезных травм, операций или осложнений после различных заболеваний, куда приезжают не только жители России, но и граждане близлежащих стран, в том числе стран Европы и Азии. Повышенным спросом пользуются клиники города Москвы, Санкт-Петербурга, минеральные источники Кавказа, Сергиевские минеральные воды в Самарской области при лечении травм позвоночника, Научный центр восстановительной травматологии и ортопедии им. Елизарова в городе Кургане, клиники г. Саратова, где оперируют и лечат позвонки и протезируют суставы, оздоровительные центры города Красноярск при лечении желудочно-кишечного тракта, общеоздоравливающие курорты и санатории Восточной Сибири, курорты Краснодарского края, где лечат многие патологии организма, а также многие другие медицинские клиники и медицинские центры. В данном случае можно говорить,

что в России наметилась тенденция развития, а также создания региональных туристских рекреационных кластеров со специализацией медицинского туризма. Это, в частности, Ставропольский край, Татарстан, Алтай, курорты со своими источниками, Белокуриха, где при строительстве кластера используется такой прогрессивный механизм взаимодействия его участников, как государственно-частное партнерство.

Таким образом, указанное свидетельствует о стремительном развитии медицинского туризма в России, как внутреннего, так и въездного. Для его дальнейшего развития необходимо уделить внимание возникающим проблемам, таким как подготовка квалифицированных медицинских работников со знанием иностранных языков, повысить уровень сервиса, обновить санаторно-курортный фонд, стимулировать медицинские учреждения для привлечения иностранных пациентов и т.д. Также необходимо обратить внимание на отсутствие в российской консульской практике категории «медицинская виза», то есть сделать возможным на основании медицинских документов получение визы в ускоренном режиме, гибкий график пребывания в России на случай лечения.

Список использованной литературы

1. *Бокерия А.* Здоровье России: Атлас, 10-е изд. — НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2014. — С. 446.
2. Лечебный туризм: учебное пособие / А. М. Вититнев, А. С. Кусков. — Форум, 2010. — С. 27.
3. Новости медицинского туризма в России [Электронный ресурс]. URL: <http://www/trn-news.ru/medical-tourism/>
4. Об утверждении Стратегии развития туризма в Российской Федерации на период до 2020 года (с изм. на 26.10.2016). Правительство Российской Федерации. Распоряжение от 31.05.2014 № 941-р. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420200177/>

*Б. М. ЭЙДЕЛЬМАН,
к.э.н., доцент кафедры сервиса и туризма ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Аннотация. В докладе рассматриваются актуальные проблемы развития медицинского туризма в Российской Федерации. Много внимания уделено существенным проблемам отрасли здравоохранения и санаторно-курортных учреждений, препятствующим активному развитию медицинского туризма, и представлены пути их решения в современных условиях. Показано, что Российская Федерация имеет огромный нерезализованный потенциал в деле развития медицинского туризма на своей территории.

Ключевые слова: медицинский туризм, отрасль здравоохранения, санаторно-курортные учреждения.

В настоящее время медицинский туризм является одним из наиболее важных и социально значимых видов туризма. Во времена Советского Союза медицинскому туризму уделялось большое внимание, и он довольно активно развивался, прежде всего на Черноморском побережье Краснодарского края и в Крыму. За это время было построено большое количество санаторно-курортных учреждений, в которых поправляли свое здоровье люди практически со всего СССР и в первую очередь из отдаленных районов Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера.

Вместе с тем переход к рыночной экономике, осуществлявшийся в нашей стране в 90-е гг. XX в., привел к тому, что россияне начали предпочитать лечение за рубежом (в таких странах, как Германия, США, Израиль т.д.) отечественному. Это было обусловлено прежде всего недостатком финансирования лечебно-оздоровительных учреждений и существенным сокращением средств, выделяемых руководством крупных промышленных предприятий на медицинский туризм своих сотрудников. Все это крайне негативно отразилось не только на здоровье большого числа людей в Российской Федерации, но и существенным образом сказалось на качестве предоставляемых в этой сфере медицинских услуг и количестве людей, пользующихся ими.

Сложившееся положение дел наносило не только финансовый, но и моральный ущерб нашей стране, поскольку медицинский туризм обладает большой социальной значимостью и в значительной степени влияет на повышение качества жизни населения, проживающего в настоящее время на территории Российской Федерации.

В современных условиях одной из важных задач, стоящих перед руководством Российской Федерации, является всемерное развитие медицинского туризма, причем не только внутреннего, но и въездного. Это особенно важно с учетом коммерческой составляющей данного процесса. С целью изменения создавшегося положения в области медицинского туризма в настоящее время предстоит решить целый ряд задач, связанных с недостаточно развитой инфраструктурой здравоохранения и низким качеством оказываемых в некоторых лечебно-оздоровительных учреждениях нашей страны медицинских услуг.

Следует особо отметить, что в Российской Федерации за последние годы был открыт целый ряд первоклассных многопрофильных медицинских центров не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в других городах нашей необъятной страны. Несмотря на это, а также наличие высокопрофессиональных специалистов в самых разных отраслях медицины, количество туристов, приезжающих из-за рубежа с медицинскими целями, оставляет желать гораздо лучшего.

В настоящее время требуются значительные усилия для того, чтобы преодолеть сложившуюся в данном вопросе ситуацию. Прежде всего необходимо коренным образом пересмотреть выделение финансовых ресурсов на развитие здравоохранения в целом и деятельность конкретных санаторно-курортных комплексов в частности. Проводящаяся в последние годы политика оптимизации системы здравоохранения пагубно сказывается не только на функционировании отдельных лечебно-оздоровительных учреждений, но и на качестве работы всей отрасли. При этом совершенно не учитывается опыт ведущих в сфере медицинского туризма государств, клиники которых зарабатывают огромные средства (исчисляемые миллионами долларов) на лечении пациентов, приезжающих из-за рубежа.

Следует активно развивать маркетинговую деятельность соответствующих медицинских центров, существенно увеличивать расходы на рекламу медицинских услуг населению, проводить мониторинг качества оказываемых услуг пациентам, приезжающим по линии медицинского туризма.

Необходимо значительно улучшать инфраструктуру имеющихся санаторно-курортных учреждений и повышать качество оказываемых ими услуг не только в столицах, но и на периферии в таких перспективных с точки зрения медицинского туризма центрах, как Республика Башкортостан, Алтайский край, Оренбургская область, Республика Татарстан и некоторые другие.

Все это будет способствовать дальнейшему росту медицинского туризма в Российской Федерации, повышению его социальной значимости, изменению психологических предпочтений туристов в сторону нашей страны по сравнению с зарубежными государствами. Наша страна имеет огромный потенциал для развития медицинского туризма, заключающийся в огромной территории, наличии большого числа природно-климатических зон и природных условий, способствующих лечению самых разнообразных заболеваний. Следует существенно развивать сеть санаторно-курортных учреждений на побережье Каспийского моря, в районе озера Байкал, на Дальнем Востоке, на Камчатке с учетом имеющихся природных условий для развития медицинского туризма.

Таким образом, в настоящее время Российская Федерация имеет все необходимые предпосылки для того, чтобы занять достойное место среди других стран, занимающихся медицинским туризмом, и существенно увеличить количество людей, приезжающих из-за границы по линии медицинского туризма.

Список использованной литературы

1. *Барад Ю. А., Эйдельман Б. М.* Современные проблемы событийного туризма и пути их решения // Современные проблемы социально-гуманитарных наук (научно-теоретический журнал). — 2017. — № 2. — С. 78–80.
2. *Бунаков О. А., Эйдельман Б. М.* История появления термина «устойчивое развитие туризма» и его эволюция до 90-х годов XX века // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. — 2016. — № 7. — С. 57–60.
3. *Бунаков О. А., Эйдельман Б. М., Фахрутдинова Л. Р.* Современные тенденции в туристской индустрии питания: совместное устойчивое развитие // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. — 2017. — № 6 (ч. 3). — С. 24–29.
4. *Деньга Е. А., Эйдельман Б. М.* Туристско-рекреационный потенциал Ханты-Мансийского автономного округа // Современные проблемы социально-гуманитарных наук (научно-теоретический журнал). — 2017. — № 2. — С. 96–100.
5. *Ширманкина А. А., Эйдельман Б. М.* Перспективные виды и направления туризма в Республике Татарстан // Молодежь. Туризм. Образование. Материалы IV научно-практической очно-заочной конференции для школьников, учителей и студентов / научный ред. д.э.н, проф. А. В. Гумеров. — Казань: Рбкета Союз, 2017. — С. 242–244.
6. *Эйдельман Б. М., Эйдельман Л. О.* Использование рекламы в деятельности туристских организаций // Туризм и рекреация: фундаментальные и прикладные исследования: материалы XI Международной научно-практической конференции, Московская обл., пос. Химки, 21 апреля 2016 г. — М.: Университетская книга, 2016. — С. 301–305.
7. *Eidelman B. M., Fakhrudinova L. R.* Improving of Using of Advertising Technology in Tourism // International Business Management. — 2016. — Vol. 10. — Issue 21. — P. 5086–5088.

РАЗДЕЛ V

ИННОВАЦИОННОСТЬ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОТРАСЛИ

Т. Н. БРЕСКИНА,

*д.э.н., профессор кафедры организации здравоохранения
и общественного здоровья ГБОУ ДПО РМАНПО,
г. Москва*

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. К ВОПРОСУ О СМЕНЕ ПАРАДИГМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА

Аннотация. Наряду с изменением концептуальных подходов в управлении здравоохранением, обоснованием необходимости внедрения так называемого риск-ориентированного подхода на основе стандартизации и информатизации медицинской деятельности необходима смена парадигмы внутреннего контроля качества медицинской помощи с переходом от доминирования экспертной оценки по так называемому законченному случаю к полноценной экспертной оценке качества медицинской помощи на всех ключевых этапах лечебно-диагностического процесса.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, критерии оценки качества, мониторинг эффективности и безопасности медицинской помощи.

Современный этап развития здравоохранения в России характеризуется большими темпами перемен в подходах к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности. В отечественном здравоохранении внедрение риск-ориентированного подхода на основе стандартизации и информатизации медицинской деятельности, как и в международном, становится бесспорным приоритетом. Стандартизация семимильными шагами приходит в деятельность МО, где еще недавно отсутствовало представление о «процессном подходе» к управлению и лишь небольшая часть профессионального медицинского сообщества была осведомлена о роли и возможностях системных технологий при построении систем менеджмента в МО. Сегодня мы наблюдаем очевидный «рывок», так называ-

емый подготовленный прорыв, который был сформулирован руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения М. Мурашко: *«...настала пора поставить качество во главу угла деятельности всех без исключения медицинских организаций. ...важно понимать, что те организации, которые сегодня не закладывают в свой стратегический план внедрение интегрированной системы менеджмента качества, завтра окажутся попросту нежизнеспособными»* [3]. Системный подход на основе стандартизации привносит в деятельность МО ключевое понятие «соответствие требованиям», в то время как базовой технологией любого контроля является «оценка соответствия установленным требованиям», что диктует настоятельную необходимость в определении этих требований, без которых оценка соответствия невозможна.

Однако наряду с активизацией внедрения ИСМ в деятельность МО очевидно, что темпы оптимизации подходов к организации внутреннего контроля качества медицинской помощи (КМП) как одного из ведущих направлений ИСМ в МО явно недостаточны. Смена концепции в управлении деятельностью МО обосновывает изменения в подходах к экспертному контролю КМП, диктует смену парадигмы контроля КМП, сложившейся в здравоохранении РФ, по так называемому законченному случаю, когда анализу подвергается некий суммарный (интегральный) результат, что может быть измерено неким интегральным показателем качества (ИК). При таком подходе не предполагается вычленение и полноценная оценка качества МП на отдельных этапах (что нивелирует различия в качестве оказания МП различных участников лечебно-диагностического процесса (далее ЛДП), не обеспечивает нацеленность на контроль его ключевых этапов).

Проблемы внутреннего контроля, требующие решения:

- отсутствие единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, обеспечивающей унификацию и стандартизацию требований на основе единого для отрасли программного продукта с «поддержкой принятия решений» сразу после постановки диагноза, обеспечивающей максимально возможное качество и безопасность МП в каждом конкретном случае и возможность выбора оптимальных подходов к лечению, включая фармакотерапию рациональными комбинациями лекарственных средств [1; 4; 5];
- отсутствие возможности у МО обработки массивов информации и прослеживаемости этапов развития заболеваний (особенно многолетних хронических форм) по ключевым для конкретной нозологии индикаторам качества, проведения сопоставительного анализа с оценкой эффективности приводимого лечения и прогнозируемым развитием событий, с возможностью принятия управленческих решений на основе выявленных закономерностей;

- устаревшие подходы к экспертной оценке по так называемому законченному случаю, что нивелирует объективную дифференцированную оценку качества оказания МП на отдельных этапах ее оказания, усредняет и полностью нивелирует различия в качестве оказания МП на различных этапах, обезличивает разный уровень качества деятельности отдельных подразделений как участников процесса в итоговом результате (при расчете ИК — интегрального показателя качества), лишая участников различных этапов лечебно-диагностического процесса (а соответственно персонал различных подразделений) мотивации, формируя незаинтересованное, а соответственно формальное отношение работников к результатам экспертного контроля, обесценивание лидерских качеств руководителей отдельных подразделений и мотивации к достижению максимально возможного уровня качества.

Иновационные подходы и смена парадигмы оценки качества медицинской помощи основываются на:

- стандартизации ЛДП и деятельности МО в целом, информатизации на основе перехода на «цифровое здравоохранение»;
- изменении подхода к оценке КМП не только по законченному случаю, но и на отдельных этапах ее оказания с оформлением экспертной карты на отдельных этапах оказания МП, при каждом переводе одновременно с этапным (переводным) эпикризом;
- мониторинге информации (на протяжении течения заболевания — тренд развития болезни и оценка эффективности лечения на основе сопоставительного анализа);
- обеспечении мониторинга основных этапов течения заболевания (от часов, дней до месяцев и лет): с хронологией клинических событий, применяемых подходов к лечению, с оценкой его эффективности по ключевым индикаторам качества, присущим конкретным заболеваниям.

Назрела необходимость создания инфраструктуры «цифрового здравоохранения», в этом ключ к решению насущных проблем. Цифровой подход может сделать медицину несравненно более эффективной на основе накопления и профессиональной обработки больших объемов медицинских данных, необходимых для аналитических или статистических выводов и отчетов, обеспечения маршрутизации и управления потоками пациентов, взаимодействия на различных этапах ЛДП, что открывает новые перспективы мониторинга и анализа ключевых характеристик качества оказания МП: своевременности, результативности, эффективности... и безопасности, то есть привносит большие возможности на основе формирования новой парадигмы оценки качества.

Это предполагает создание новой модели здравоохранения, базирующейся на развитии так называемой цифровой медицины, позволяющей собирать и обрабатывать, в том числе дистанционно, большие объемы данных как на популяционном уровне, так и на уровне субъектов системы (и отдельных пациентов), обеспечивающей принятие обоснованных стратегических решений и определение новых направлений развития как для системы здравоохранения в целом, так и для каждого ее субъекта (отдельной медицинской организации и конкретного пациента).

Список использованной литературы

1. *Брескина Т. Н.* Карта экспертизы качества медицинской помощи как основа организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — № 1. — С. 21–31.
2. *Князюк Н. Ф., Кишул И. С.* Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций. — М.: Изд. дом «Менеджер здравоохранения», 2013. — 312 с.
3. *Мурашко М.* Инновационные подходы к обеспечению качества в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. — 2017. — № 6. — С. 5–9.
4. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
5. *Missiakos O., Baysari M. T., Day R. O.* Identifying effective computerized strategies to prevent drug-drug interactions in hospital: A user-centered approach // International Journal of Medical Informatics. — 2015. — No. 84 (8). — P. 595–600.

Н. В. КАЛЕНСКАЯ,
д.э.н., профессор,
завкафедрой маркетинга ИУЭФ КФУ,
г. Казань

Р. Ф. МУХАТДИСОВА,
аспирант ИУЭФ КФУ,
г. Казань

НЕЙРОМАРКЕТИНГ В СИСТЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ НОВОГО ПОРТРЕТА ПОТРЕБИТЕЛЯ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Концепция нейромаркетинга предполагает, что человек воспринимает внешние раздражители на уровне нейрофизиологических сигналов, которые переводятся органами чувств посредством биофизических и биохимических процессов на язык эмоций.

Концептуальная платформа нейромаркетинга основана на методологической платформе нейроэкономики, в частности на работах таких ученых, как: Даниэл Канеман, Джерральд Залтман, Арндт Трайндл, Барт Ойеман, Мартин Линдстром, Дэвид Льюис, Роджер Дули и др.

По мере становления нейропсихологии и когнитивных наук возникло более глубокое понимание осуществления высших мозговых функций, что повлияло на формирование междисциплинарных исследований в области поведенческих реакций человека как потребителя блага.

Одним из основополагающих аспектов в маркетинге является анализ удовлетворения потребностей потребителя. Это, в свою очередь, требует переосмысления факторов влияния на потребительские реакции посредством тех или иных раздражителей или стимулов. Потребительские реакции могут быть обоснованы количественно и качественно путем опроса, наблюдений или с помощью высокоаппаратного исследования (МРТ, ПЭТ, ЭМГ).

Вопросы нейромаркетинга особенно актуальны сегодня, учитывая неоднозначность трактовок позиций оценки качества и конкурентоспособности медицинских услуг. Поэтому для решения этой проблемы важно исследовать сущность нейромаркетинга и его основные инструменты в контексте возможностей их применения в условиях формирования но-

вого портрета потребителя медицинской услуги. Это позволяет повысить удовлетворенность потребителя медицинскими услугами и лояльность к медицинскому учреждению.

Среди задач нашего исследования были выбраны аспекты практического применения методов сенситивного маркетинга, которые направлены на выяснение особенностей подсознательных реакций на внешние раздражители человека с целью дальнейшего использования этой информации для повышения качества оказания медицинских услуг.

Все процессы сенситивного маркетинга обеспечивают сенсорное восприятие услуги: атмосферы ее оказания (запах медицинского учреждения, удобство места ожидания врача, а именно эргономика кресла, звуковое оформление).

Большинство исследований, когда-либо проводимых в этой области, сводилось к оценке влияния сенсорного маркетинга на увеличение продаж товаров повседневного спроса. На наш взгляд, сфера применения методов нейромаркетинга может быть расширена, в том числе и за счет вовлечения его методов в сферу оказания медицинских услуг. Более того, технологии нейромаркетинга, воздействуя на пять органов чувств, открывают новые возможности в организации «неотделимой» медицинской услуги. Под неотделимостью мы понимаем непрерывный цикл обслуживания: до и после оказания медицинской услуги. Таким образом, расширяя «потребительскую тропинку», мы формируем новые точки контакта, которые создают атмосферу удовлетворенности от оказанной медицинской услуги.

Одним из главных инструментов сенситивного маркетинга является зрительный (визуальный) канал. Чаще потребители получают большую часть информации именно с помощью этого канала, таким образом это позволяет в большей степени ориентироваться на индивидуальность потребителей. В данном случае с помощью этих методов можно более углубленно изучать реакцию потребителей на качество атмосферы сопровождения медицинской услуги.

В отличие от других видов маркетинга процент достоверности полученной информации в результате исследования нейрометодами значительно выше. Это обуславливается тем, что при использовании данных методов у потребителя выявляются нейрофизиологические реакции, которые он практически не способен осознанно контролировать и, следовательно, искажать. Нейрофизиологические реакции необходимо регистрировать при взаимодействии потребителя с интересующем его продуктом (услугой). В результате нейромаркетинговых исследований можно получить эмоциональный «портрет потребителя», связанный с определенным продуктом.

Исследования в области психологии потребительских реакций неоднократно доказывали, что такие инструменты, как музыка и запахи, могут оказывать воздействие на подсознание в процессе принятия реше-

ний или влиять на поведение человека. Использование музыки и ароматов в местах контакта с потребителем создает «атмосферу», способную оказывать влияние как на его мотивы, так и на его отношение к месту оказания услуги. Совокупность применения всех элементов сенсорного маркетинга повышает лояльность потребителей и узнаваемость бренда медицинского учреждения.

Следует отметить, что звуковое оформление и аромат не рассматриваются нами как основные манипуляторы, они являются лишь вспомогательным психологическим «катализатором» воздействия на потребителя в дополнение к основным инструментам маркетинга.

Главной функцией музыки и запахов в процессе совершения покупки является создание комфортной атмосферы. Потребители, принимая созданную с помощью запахов, звуков и цветового оформления атмосферу, начинают рассматривать ее как неотъемлемую часть процесса потребления медицинской услуги. Таким образом, атмосфера оказания медицинской услуги становится отдельным критерием оценки качества.

Воздействие запахом, или «аромамаркетинг», имеет больше биологическую природу, чем экономическую или психологическую. Прежде всего это объясняется тем, что с точки зрения биологических процессов запах — это единственный канал, который достигает мозга без нашей интерпретации.

Следует отметить, что применение сенсорного маркетинга в больницах или поликлиниках формирует позитивный облик медицинского учреждения и влияет на отзывы больных.

В качестве метода маркетингового исследования применен личный опрос пациентов, находящихся либо в палатах стационара, либо в ожидании приема врача в поликлиниках.

В целях установления статистической зависимости лояльности пациентов от основных характеристик медицинских учреждений, оцененных пациентами, проведен множественный корреляционный анализ.

Проведенные исследования лояльности и удовлетворенности медицинскими услугами медико-санитарной части КФУ позволили выявить не только качество самих медицинских услуг, но и атмосферу медицинского учреждения.

Были разработаны анкеты для пациентов, позволяющие выявить точки контакта и оценить степень удовлетворенности медицинскими услугами. Было опрошено 393 пациента, что позволяет говорить о репрезентативности выборки и достоверности результатов опроса.

Помимо основных вопросов, касающихся степени удовлетворенности медицинскими услугами, были получены ответы на вопросы, касающиеся атмосферы оказания и получения услуг.

Положительные оценки санитарно-гигиенического состояния стационаров колеблются в интервале от 94 до 100%, отрицательные — от 6 до 1%.

Была исследована связь 15 основных характеристик стационаров с лояльностью пациентов, из них только две — условия ожидания в приемном покое и условия оказания медицинской помощи — коррелируют с лояльностью.

Условия ожидания в приемном покое и условия оказания медицинской помощи характеризуются значимой связью с лояльностью пациентов.

Подводя итоги, можно отметить, что нейромаркетинговые исследования являются достаточно важным научным направлением, цель которого — выявление и изучение скрытых реакций и ассоциаций потребителей. На основе полученной информации о лояльности формируется эмоциональный потребительский портрет, который помогает более полно понять потребности и в дальнейшем может быть использован для повышения качества атмосферы оказания медицинской услуги.

Список использованной литературы

1. *Chirkova E. V.* Neuromarketing as a unique way of investigating consumer behavior // Marketing MBA. Marketing management of the enterprise. — 2016. — Vol. 7. — Is. 3. — P. 73–86.
2. *Huhul O. Ya., Zinchuk D. M.* Neuromarketing as in instrument of study of behavior of consumers in the system of marketing innovations of an enterprise // Business Inform. — 2014. — Is. 4. — P. 437–440.
3. *Kabalin D. A.* Neuromarketing or manipulation of consumer behavior in multistore Letoile // Science Time. — 2016. — Vol. 27. — Is. 3. — P. 216–219.
4. *Kotler Ph., Kartajaya Kh, Setiawan A.* Marketing 3.0: From Products to Customers to the Human Spirit. — М.: Eksmo, 2011. — 240 p.
5. *Procenko A. Ju., Prjadko S. N.* Neuromarketing as a tool for increasing the effectiveness of the company's activities // Economy and society. — 2016. — Vol. 20. — Is. 1. — P. 781–784.
6. Research of the effectiveness of the use aromamarketing technologies in network business, based on the hypothesis of the influence on direct sales of indirect neuromarketing factors. URL: <https://adindex.ru/case/2014/06/20/111686.phtml>
7. *Shtejn O. I.* Neuromarketing as an effective tool for influencing the consumer // Economy and management: theory and practice. — 2016. — Vol. 2. — Is. 1. — P. 24–30.
8. *Voronova A. A., Torogaeva Ju. K.* Neuromarketing or a new word in retail // Economy and society. — 2015. — Vol. 14. — Is. 1–2. — P. 783–786.
9. *Zhuchkov A.* Marketing: Neuropsychological Aspect // Actual Issues of Innovation Economy. — 2014. — Is. 7. — P. 70–74.

*Н. В. КРИВЕНКО,
Институт экономики УрО РАН,
г. Екатеринбург*

ВЛИЯНИЕ ИННОВАТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПОВЫШЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РЕГИОНА¹

Аннотация. В статье рассмотрено состояние инноватики в России в сравнении с зарубежным опытом. Предложено внедрение инноваций в экономике страны на основе многоуровневого подхода. С учетом демографических угроз, определения высокой значимости деятельности системы здравоохранения в обеспечении экономической безопасности на уровне страны и регионов рассмотрены возможности повышения эффективности отрасли в зависимости от уровня инновационного развития. Авторский подход, основанный на комплексном внедрении инновационных медицинских, организационных, информационных технологий в здравоохранении, подтверждается его успешной реализацией в медицинских организациях Свердловской области. Для определения степени инновационной активности в здравоохранении обоснована целесообразность создания многоуровневой системы ее оценки на всех уровнях управления.

Ключевые слова: инноватика, многоуровневый подход, экономическая безопасность, регион, эффективность здравоохранения, система оценки, инновационная активность.

Обеспечение конкурентоспособности экономики России на мировом рынке во многом зависит от степени ее инновационности. Инновационное развитие нашей страны характеризуется следующими показателями: низким уровнем инновационной активности организаций различных отраслей, недостаточной долей инновационной, научно-технической продукции, новых технологий [9]. В 2016 г. удельный вес российских предприятий, осуществляющих инновационную деятельность, составил 9,2%, доля инновационной продукции в общем объеме отгруженной продукции — 8,4%, для сравнения: доля инновационной продукции в общем объеме отгруженной продукции в развитых странах Запады составляет 60—

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ (грант № 16-06-00048 «Социальная парадигма регионального развития: выбор приоритетов и трансформация экономики»).

75% [8]. Интегральные показатели российской инновационной активности на международном уровне: 43-е место среди 128 стран в «Глобальном инновационном индексе-2016» (ГИИ, Global Innovation Index), 44-е место по субиндексу ресурсов инноваций, 69-е место по эффективности инновационной деятельности страны [5]. На сегодняшний день в России на фоне стагнации экономики, политики ограничений бюджетных расходов на образование, здравоохранение, науку отмечаются разрывы между высокой стоимостью человеческого капитала в стране из-за высокого уровня образования и существующим уровнем экономического развития, качества жизни населения: в международных рейтингах среди 115–200 стран Россия занимает: 20–30-е место по уровню образования; 45–50-е место по экономическому развитию; 65–70-е место по индексу социального развития; 90–100-е место по продолжительности жизни [8].

Большую роль в повышении инновационного уровня экономики страны играет, с одной стороны, качество человеческого капитала, обеспечивающего проведение реформ и осуществление прогрессивных преобразований, с другой — уровень инновационного развития отраслей, оказывающих социальные услуги населению. Примеры стран с очень развитой социальной системой — Швеции и Финляндии — демонстрируют положительное влияние данных факторов на развитие инновационной экономики: постоянно высокие показатели в глобальном инновационном индексе [7]. Представляет интерес зарубежный опыт управления конкурентоспособностью в инновационной среде. Государственное участие Италии, Франции, США в развитии инноватики заключается в поддержке науки на законодательном уровне, выделении больших НИОКР-бюджетов за счет федерального финансирования, в том числе на развитие био-, эко- и нанотехнологий. Германия является одним из мировых лидеров по потенциалу инноваций в результате проводимой политики долгосрочных стратегических исследований, научно-технического сотрудничества, государственной поддержки здравоохранения, ИКТ, биотехнологий, социальных наук, инвестирования в перспективные направления исследований [4].

В условиях ухудшения демографической ситуации в России, связанной с замедлением естественного прироста, постарением населения, как следствие — уменьшением доли трудоспособного населения [2], остро встает вопрос усиления роли системы здравоохранения в его сохранении. Данные процессы актуализируют научную проблематику изучения возможностей повышения инновационного уровня экономики страны, качества человеческого капитала, влияния инноватики в сфере здравоохранения на укрепление экономической безопасности на уровне страны и регионов.

Автором предложено внедрение инноваций в экономику страны на основе многоуровневого подхода: с одной стороны, требуется государствен-

ная поддержка на федеральном (макроуровне), с другой — широкомасштабное применение инноваций в отраслях на региональном, муниципальном (мезоуровне), в организациях на микроуровне. Инновационная активность организаций в конечном итоге способствует развитию всей отрасли. На примере высокочрезвычайно затратной отрасли социальной сферы — здравоохранения рассмотрены возможности повышения эффективности функционирования за счет активного применения инноваций. Авторский подход заключается в целесообразности комплексного внедрения инновационных медицинских, организационных, информационных технологий в здравоохранении, что подтверждается полученными результатами в медицине.

На макроуровне заслуживает внимания реализация информационно-аналитической платформы «Геометрия здравоохранения. Фокус на инновации», предложенной участниками проекта «Форсайт здоровья»: внедрение интерактивных математических моделей, способствующих оптимизации схем лечения пациентов и бюджетных расходов на лекарственное обеспечение, направлению части высвобожденных средств на дальнейшее развитие инноваций [10].

На мезо- и микроуровне представляет научно-практический интерес интегративное внедрение медицинских, организационных, информационных инноваций в организации здравоохранения Свердловской области.

1. В сфере родовспоможения и детства:

- Уральский НИИ охраны материнства и младенчества — единственный центр в стране, который в совершенстве владеет всеми методами фетальной хирургии, результаты — одни из лучших в мире [11];
- организационные, информационные инновации в Областном перинатальном центре Областной детской клинической больницы № 1 г. Екатеринбурга [3] направлены в первую очередь на своевременное оказание медицинской помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц и новорожденных группы высокого риска, что позволило в 2016 г. по сравнению с 2013 г. обеспечить снижение перинатальной и младенческой смертности на 30%, рост рождаемости на 70 тыс. человек [7].

2. Применение инновационных медицинских технологий в хирургической службе здравоохранения г. Екатеринбурга способствует достижению не только медицинской эффективности, но и за счет сокращения сроков лечения в круглосуточном стационаре и временной нетрудоспособности пациентов высокой экономической эффективности: от 3 до 17, таким образом, на каждый вложенный рубль отдача составляет от 3 до 17 рублей.

Проведенные автором исследования показывают достижение высоких показателей медицинской, социальной, экономической эффектив-

ности в отрасли в результате комплексного внедрения различного вида нововведений.

Целесообразно создание многоуровневой системы оценки степени инновационной активности в здравоохранении:

- удельный вес инновационных информационных технологий в общем объеме;
- удельный вес инновационных организационных технологий в общем объеме;
- удельный вес инновационных медицинских технологий в общем объеме.

Мониторинг данных показателей позволит выявлять опережения и отставания в инновационном развитии в здравоохранении, получить сравнительный анализ по регионам страны, выработать стратегические управленческие решения в отрасли на всех уровнях, направленные на повышение инновационной активности, способствующей улучшению медико-демографических показателей, укреплению экономической безопасности регионов и страны.

Список использованной литературы

1. *Аганбегян А. Г.* Структурно-инвестиционная политика в целях модернизации экономики России // Проблемы прогнозирования. — 2017. — № 4. — С. 6–16.
2. *Агеев А. И., Кузык Б. Н.* Демографический феномен БРИКС // Экономические стратегии — М.: Институт экономических стратегий Отделения общественных наук РАН, 2017. — № 7(149). — С. 6–16.
3. *Анкудинов Н. О., Абабков С. Г., Зильбер Н. А., Жилин А. В., Куликов А. В.* Региональный акушерский мониторинг в Свердловской области — инновационный инструмент для снижения материнской и перинатальной смертности. Новые возможности дистанционной помощи // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. — 2015. — № 1. — С. 28–31.
4. *Близнюк О. С.* Опыт управления конкурентоспособностью в инновационной среде на примере европейских стран // Экономические стратегии — М.: Институт экономических стратегий Отделения общественных наук РАН, 2017. — № 8(150). — С. 78–84.
5. *Бузгалин А., Колганов А.* Социальные, материальные и финансовые ресурсы опережающего развития России // Проблемы теории и практики управления. — 2017. — № 9. — С. 13–24.
6. *Гохберг Л., Рудь В.* Как создать национальную инновационную систему в эпоху глобальных инновационных сетей: российская перспектива // Рейтинг «Глобальный инновационный индекс-2016». Материалы портала «Научная Россия» [Электронный ресурс]. URL: <https://issek.hse.ru/news/> (дата обращения: 14.02.2018).
7. Итоги работы службы охраны здоровья матери и ребенка Свердловской области в 2016 году / Министерство здравоохранения Свердловской области, 2017.

8. Наука. Технологии. Инновации. 2017: краткий статистический сборник. — М.: НИУ ВШЭ, 2017. — С. 12, 14, 58.
9. *Тодосийчук А.* Об инновациях в правовом регулировании научно-технической сферы // Инвестиции в России. — 2017. — № 12. — С. 31–36.
10. *Шеян И.* «Геометрия здравоохранения» начнется с семи регионов [Электронный ресурс]. URL: // <https://www.osp.ru/medit/2017/09/13052748.html> (дата обращения 14.02.2018).
11. <http://www.uralinform.ru> (дата обращения: 03.03.2018).

С. В. СОЛОВЬЕВА,
*к.э.н., вед. науч. сотрудник кафедры экономики природопользования
экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ОЦЕНКА УЩЕРБА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ОТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Аннотация. Состояние окружающей среды является важным фактором, влияющим на здоровье населения. Показаны полученные для России стоимостные оценки ущерба для здоровья населения.

Ключевые слова: окружающая среда и здоровье населения, оценка риска, стоимостные оценки ущерба.

Состояние окружающей среды является важным фактором, влияющим на здоровье населения. Заболеваемость и смертность от загрязнения окружающей среды не учитываются в процессе принятия хозяйственных решений, разработки программ и планов развития страны и регионов. Отсутствие стоимостных оценок экологических ущербов и выгод от сохранения чистой окружающей среды обуславливает игнорирование экологического фактора в процессе экономического развития страны и принятия решений. Загрязненные воздух, вода, почвы оказывают негативное воздействие на здоровье населения. По оценкам Минприроды, в среднем число дополнительных случаев смерти от всех причин, связанных с загрязнением атмосферного воздуха селитебных территорий, вероятно составило в 2015 г. 5,50 случая на 100 тыс. населения (2014 г. — 7,55). В субъектах Российской Федерации, где отмечены наиболее выраженные тенденции к улучшению качества воздуха (Орловская, Московская и Омская области, Краснодарский край и др.), отмечено снижение смертности и заболеваемости, ассоциированных с факторами риска от загрязнения атмосферного воздуха. Смертность населения от новообразований устойчиво ассоциирована с загрязнением атмосферного воздуха бенз(а)пиреном, формальдегидом в 12 регионах. Смертность населения от болезней органов дыхания имеет устойчивую связь с загрязнением атмосферного воздуха диоксидом азота, оксидом азота, формальдегидом, взвешенными веществами, фенолом, фтором и его соединениями в 61 субъекте Российской Федерации, на которых формируется от 0,02 до 76,94 дополнительного случая смерти по данной причине на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости

астмой и астматическим статусом детей выше среднероссийского уровня регистрировался в 33 субъектах Российской Федерации. Загрязнение атмосферного воздуха формирует от 15,69 до 64,7 дополнительного случая заболеваемости астмой и астматическим статусом на 100 тыс. взрослого населения [1, с. 245, 246]. По данным Роспотребнадзора, в среднем число дополнительных случаев смерти от всех причин, связанных с загрязнением атмосферного воздуха селитебных территорий, вероятно составило 3,29 случая на 100 тыс. населения (темп прироста данного показателя относительно 2014 г. отрицательный и составил $-23,4\%$) [2, с. 72]. По результатам ВОЗ, оценка дополнительной смертности в России составила 88 тыс. дополнительных случаев смерти в год. Более высокие оценки связаны с получением в последних эпидемиологических исследованиях более «жестких» коэффициентов прироста риска смертности на единицу концентраций мелких фракций пыли PM10 [3]. Важным инструментом для управления качеством окружающей среды в интересах охраны здоровья населения является методология оценки риска. В целом по стране риски здоровью населения от загрязнения атмосферного воздуха в городах, рассчитанные на основе данных наблюдений Росгидромета, примерно соответствуют европейским показателям [4, с. 105]. Методология позволяет провести относительное ранжирование рисков для текущей ситуации и сценариев будущего развития, идентифицировать в конкретных условиях ведущие факторы риска и наиболее подверженные неблагоприятному воздействию группы населения, а также ранжировать территории по степени риска здоровью населения, причем не только в настоящее время, но и в перспективе с учетом различных вариантов развития промышленности, энергетики, транспорта и в целом планируемой хозяйственной деятельности в будущем. На основе методологии оценки риска для здоровья человека, разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), для России рассчитаны издержки, вызванные загрязнением воздуха и воды, включая заболеваемость и смертность. В первую очередь учитывались заболевания дыхательных путей, органов пищеварения и онкологические заболевания. В условиях отсутствия соответствующей российской статистики ущерб, связанный со смертностью, рассчитывался исходя из «средней стоимости жизни», которая бралась на основе данных других стран и международных организаций, а затем переносилась на российские условия с учетом паритета покупательной способности ППС и инфляции. Относительно экономических потерь от заболеваемости принимались во внимание затраты на компенсацию и восстановление, включая стоимость лечения в стационаре, расходы населения на медикаменты, расходы на социальное страхование и потери в заработной плате. Некоторые аспекты используемой методики являются достаточно дискуссионными и требуют своего уточнения. В мире продолжают актив-

ные научные и практические исследования в этой области. Подход на основе риска является наиболее широко распространенным и признанным в мире, он был применен для расчетов ущербов для здоровья во многих европейских странах, США, Канаде. Полученные для России стоимостные оценки ущерба для здоровья достаточно впечатляющи и являются весомым аргументом в пользу экологизации экономического развития, изменения ряда декларируемых и поддерживаемых Правительством приоритетов развития страны. Эти оценки могут превысить планируемый рост ВВП. Ущерб для здоровья населения Самарской области от загрязнения воздуха составил 292 евро на душу населения в год. Доля ущерба составляет значительную величину ВРП (по ППС) — 4% [5, с. 454].

Эффективная экологическая политика демонстрирует значительное улучшение окружающей среды и здоровья населения. Наиболее важными направлениями экологической политики для здоровья представляются: снижение негативного воздействия автотранспорта в городах, составление перечня самых загрязненных городов и осуществление в них программ по улучшению окружающей среды и здоровья населения, тесная координация действий природоохранных ведомств и других заинтересованных министерств и ведомств. Наиболее критичным является снижение загрязнения воздуха мелкодисперсными частицами, включая снижение выбросов автотранспорта, улучшение качества шин и дорожного покрытия, с которым поступает 30–40% РМ10, полный переход на экологический стандарт ЕВРО-4 и введение стандарта ЕВРО-5, уменьшение движения в городах большегрузного транспорта, повышение качества дорожного покрытия. Москва является положительным примером снижения загрязненности воздуха твердыми частицами в результате реконструкции дорожно-транспортной сети и развития общественного транспорта.

Список использованной литературы

1. Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2015 году». — М.: Минприроды России, 2016. — 639 с.
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году». — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017. — 220 с.
3. Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации-2017. — М., 2017. — 292 с.
4. Обзор данных о воздействии загрязнения воздуха на здоровье — проект REVINAP. Краткое изложение научного отчета. ВОЗ. 2013. Европейское региональное бюро. URL: <http://www.euro.who.int.RubRequestRussian>
5. Самарская область: от индустриальной к постиндустриальной экономике / под науч. ред. А. В. Полетаева. — М.: ТЕИС, 2006. — 464 с.

РАЗДЕЛ VI

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ТЕЛЕМЕДИЦИНА

С. А. КАРЕВ,

*к.ф.-м.н., ст. науч. сотрудник кафедры философии и методологии
экономики экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА И ИННОВАЦИИ ДИСТАНЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Аннотация. В России причиной 75% всех смертей взрослого населения являются хронические неинфекционные заболевания. Нужны кардинальные, инновационные изменения и соответствующая законодательная база. Это и внедрение высокотехнологичной аппаратуры и методов, новые подходы в диагностике и профилактике, законы. Но везде центральным звеном был и остается врач. На первый план выходят инновации, связанные с доступностью квалифицированной медицинской помощи. Нужны кадры, подготовка которых ложится на плечи инновационных компаний, занятых в области оказания услуг дистанционной медицины. Параллельно ведется активная работа по формированию правового аспекта использования дистанционной медицины. Тем не менее проблем и вопросов остается достаточно.

Ключевые слова: инновации, дистанционная медицина, телемедицина.

В России причиной 75% всех смертей взрослого населения являются хронические неинфекционные заболевания [2]. Это самый затратный сегмент здравоохранения, где заболеваемость составляет более 30% населения. Добавим к этому показателю низкий охват населения диспансерным наблюдением, 20–25% от хронических больных, нехватку времени врачей на лечебную работу и потери трудоспособного населения по причинам несвоевременности обращения за медицинской помощью. Получается весьма печальная картина.

Нужны кардинальные, инновационные изменения. Безусловно, это и внедрение высокотехнологичной аппаратуры и методов, новые подходы в диагностике и профилактике. Но везде центральным звеном

был и остается врач. Учитывая огромную территорию России, наличие высококлассных специалистов в лучшем случае в региональных и республиканских центрах и их загруженность, на первый план выходят инновации, связанные с доступностью квалифицированной медицинской и консультационной помощи.

Инновации — это не только новшества, востребованные на рынках, это еще и катализатор в создании законов и нормативных документов. Обычно закон легализует и регламентирует, например, определенную деятельность. Значит, такая деятельность существовала еще до появления закона, и скорее всего существовала не в нормативно-правовом поле, а использовала статус «разрешено то, что не запрещено». Энциклопедический словарь [3] определяет медицину как (лат. *medicina*, от *medicus* — врачевный, лечебный) область науки и практическую деятельность, направленные на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней. Таким образом, для медицины, где здоровье человека является неоспариваемым приоритетом, «опережающие», или «ранние», законы способствуют наиболее качественному и профессиональному оказанию услуг.

В последние годы все чаще говорят о дистанционной медицине, телемедицине как об инновационных направлениях, способных решить многие вопросы. Так что такое дистанционная медицина и в чем ее отличия от телемедицины?

Существует много определений, например, определение Всемирной организации здравоохранения: «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» [1].

По мнению эксперта РАН, члена Экспертного совета при Правительстве РФ Александра Саверского, телемедицину следует переименовать в дистанционную [4], так как слово *теле* на древнегреческом означает «далеко», и прямой смысл слова «телемедицина» — это дистанционная медицина (медицинская помощь с удаленного расстояния).

Пусть определения разнятся, но это не меняет сути способа контакта с пациентом, врачами. А следовательно, должны быть регламентированы на законодательном уровне и правила использования таких технологий как между врачом и пациентом, так и между самими врачами.

С 01.01.2018 вступил в действие Федеральный закон о телемедицине от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законода-

тельные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере здравоохранения». До принятия данного федерального закона деятельность в сфере дистанционной медицины была регламентирована следующей нормативно-правовой базой:

- письмо Минтруда России от 18.01.2018 № 15-2/10/-298 «О использовании дистанционного мониторинга в рамках предупредительных мер по сокращению профессиональной заболеваемости»;
- письмо Минздрава России от 24.07.2017 № 17-9/10/2-4976 «О включении ДДН больных неинфекционными заболеваниями в региональные программы «Развития здравоохранения» (ДДН — диспансерного динамического наблюдения);
- решение президиума Совета по модернизации под председательством Д. А. Медведева от 14.02.2017 по ускорению внедрения эффективных продуктов и услуг Национальной технологической инициативы;
- поручение Заместителя Председателя Правительства РФ О. Ю. Голодец от 12.03.2014 № ОГ-П12-52пр «О реализации пилотного проекта по организации и оказанию медицинской помощи населению с использованием дистанционных телекоммуникационных технологий»;
- методические материалы Минздрава России по реализации проекта («Методика проведения ДДН», «Протокол внедрения ДДН») и др.

Из вышеперечисленной нормативно-правовой базы, решений и поручений следует, что в последние несколько лет ведется активная работа по формированию правового аспекта использования дистанционной медицины. Все они направлены на повышение доступности медицинской помощи населению, развитие центров экспорта высокотехнологичных медицинских услуг, разработку и внедрение новых медицинских технологий в здравоохранении, снижение заболеваемости и смертности.

Для обеспечения интерактивного взаимодействия врача и пациента необходимо создать целую коммуникационную сеть, включающую персональные телемедицинские приборы, центры дистанционного мониторинга и, конечно, врачей. Врач также должен быть оснащен соответствующей высокоинтеллектуальной аппаратурой, знаниями и навыками, позволяющими эффективно ее использовать. А это уже вопросы подготовки кадров для работы в сфере дистанционной медицины. Сегодня это забота компаний, занятых в области оказания услуг дистанционной медицины. Как правило, это пилотные проекты инновационных компаний. Во многом образовательные услуги, связанные с обеспечением подготовки врачей и операторов в регионах, тоже ложатся на плечи компаний, являясь неотъемлемой частью проекта.

Финансирование проектов происходит из нескольких источников. Это могут быть и средства Фонда социального страхования Российской Федерации; региональной составляющей обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования и др.

Аппаратура, создание мониторинговой инфраструктуры, квалифицированный персонал, работа с федеральными и региональными фондами, предприятиями и многое другое входят в первоочередной круг вопросов инновационной структуры, занятой в телемедицине. Кроме того, все новшества приходится прописывать на законодательном уровне.

Проблем и вопросов остается достаточно. От отсутствия подзаконных актов, обеспечивающих работу ФЗ № 242, до информатизации больниц и медицинских центров. И если первые могут увидеть свет в самое ближайшее время, то второе требует серьезного финансирования и времени.

Список использованной литературы

1. Телемедицина, возможности и развитие в государствах-членах / Доклад о результатах второго глобального обследования в области электронного здравоохранения. Серия «Глобальная обсерватория по электронному здравоохранению». Том 2 Т. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/4/9789244564141_rus.pdf?ua=1
2. <https://www.kommersant.ru/doc/3473578>
3. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/es/82206/МЕДИЦИНА>
4. <http://pravo-med.ru/news/13304/>

*Д. С. АНДРЕЙОК,
к.б.н., доцент кафедры маркетинга
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СОЦИАЛЬНОЙ ИНЖЕНЕРИИ ДЛЯ МАССОВОЙ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ БИОМЕДИЦИНЫ¹

Аннотация. В работе описан технологический подход для повышения уровня массовой грамотности в вопросах инновационных биомедицинских технологий. Классические приемы маркетинга целесообразно сочетать с элементами социальной инженерии на базе нейроэволюционной методологии. В качестве ресурсной базы предложено задействовать экспертный потенциал профильных некоммерческих организаций.

Ключевые слова: инновационные технологии в медицине, просветительская деятельность, НКО, социальная инженерия.

В биомедицинской науке за последние несколько десятилетий отмечается такая высокая скорость открытий новых явлений и пересмотра существующих концепций, что данное состояние зачастую характеризуют как научную революцию в медицине [3]. Некоторые результаты заметны в данных статистики, например, средняя ожидаемая при рождении продолжительность жизни в мире за 23 года (1990–2013) увеличилась на семь лет [7]. Однако значительная часть результатов и последствий происходящей научной революции пока остается вне поля зрения статистиков. В связи с высоким уровнем регулирования системы здравоохранения внедрение научных разработок в лечебную практику осуществляется крайне медленно. Препараты и технологии, действенность которых уже обнаружена и доказана на уровне лабораторных экспериментов, могут попасть в массовое использование не раньше чем через 7–10 лет [5]. Это означает, что значительный потенциал роста уровня качества жизни пока остается

¹ Работа выполнена с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов, проект «Услышать завтра российской науки».

в скрытом виде. И сам факт того, будет ли этот потенциал реализован, для кого и на каких условиях, в настоящее время является предметом активного обсуждения как в российском обществе, так и во всем мире. На этом фоне особую актуальность приобретает проблема низкого уровня информированности широкой общественности по вопросам современных технологий биомедицины, понимания реальных угроз и мнимых рисков.

В настоящей работе предложена технология массовых просветительских мероприятий по вопросам биомедицинских технологий. В основу технологии положены классические маркетинговые подходы, а также элементы социальной инженерии. В качестве активной группы выбраны студенты и преподаватели медицинских вузов и факультетов. Анализ, проведенный сотрудниками кафедры маркетинга экономического факультета МГУ, показал высокий потенциал использования традиционных очных лекций как инструмента просветительства [4], поэтому именно этот инструмент предложено использовать на этапе апробации. Тематика лекций формируется таким образом, чтобы в одной лекции охватывать одновременно и социально значимые проблемы, и современные научные достижения и технологии: здоровый образ жизни, геномное редактирование и генно-модифицированные организмы, генетика психического здоровья, персонализированная медицина и др.

Элементы социальной инженерии предложено выстраивать на базе нейроэволюционного подхода [1]. Его суть состоит в том, что социальную группу анализируют с точки зрения условной «вычислительной мощности социальной нейросети» — уровень сложности задач, в которых группа способна оценивать текущую информацию и принимать эффективные коллективные решения. Этот методологический подход был ранее успешно применен при создании межрегиональной сети добровольных наставников, способствующих вовлечению школьников в проектно-исследовательскую деятельность [2]. В частности, подход предусматривает искусственную настройку системы внутригрупповой коммуникации, а также организацию механизмов самовоспроизведения, когда эффективные группы используются для набора и обучения все новых групп активистов.

Формирование сети активистов из числа студентов и преподавателей биологических и медицинских специальностей предполагает создание достаточного потенциала мотивации, желательно нематериального характера. В данном проекте необходимая мотивация формируется благодаря партнерству с некоммерческой организацией РАСН [6]. Ассоциация безвозмездно предоставляет своих активистов — известных и высокопрофессиональных специалистов по крайней мере двух профилей: 1) биомедицинских специальностей, 2) коммуникационных специальностей. Мотивационную ценность для молодежи представляет возможность профессионально взаимодействовать с крупным специалистом и учиться у него.

Список использованной литературы

1. *Андреюк Д. С.* Программы поведения и потоки информации: нейроэволюционный подход к оптимизации управления экономическими системами // *Нейрокомпьютеры: разработка, применение.* — 2011. — № 3. — С. 17–23.
2. *Андреюк Д. С.* Проектирование социальных систем: методологические заимствования из современной теории эволюции // *Философские науки.* — 2016. — № 8. — С. 136–146.
3. *Биомедицина 2040. Горизонты науки глазами ученых / под ред. В. Н. Княгинина, М. С. Липецкой.* — СПб.: Фонд «Центр стратегических разработок «Северо-Запад», 2017.
4. *Герасименко В. В.* (рук.) Исследование факторов конкурентоспособности просветительских лекций в пространстве современных научно-популярных образовательных продуктов / *Научно-исследовательская работа, 2017* [Электронный ресурс]. URL: <https://istina.msu.ru/projects/60250090/>
5. *Публичный аналитический доклад по научно-технологическому направлению «Биомедицина» / Федеральный реестр экспертов научно-технической сферы, 2015* [Электронный ресурс]. URL: <https://reestr.extech.ru/docs/analytic/reports/medicine.pdf>
6. *Устав общероссийской общественной организации «Российская ассоциация содействия науке», 2011* [Электронный ресурс]. URL: <http://russian-science.com/ustav-rossijskoj-associacii-sode>
7. *Indicator Code Book. World Health Statistics — World Health Statistics indicators/World Health Organization, 2015* [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2015_IndicatorCompendium.pdf

Г. И. БРАГИН,
*генеральный директор научно-производственного объединения
«Нацмедстандарты»,
г. Москва*
М. Г. БРАГИНА

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Аннотация. Дальнейшее развитие здравоохранения, требования законодательства, внедрение отраслевых стандартов на систему менеджмента качества, а также необходимость формирования конкурентоспособного рынка медицинских услуг требуют от медицинских организаций перехода к усовершенствованной системе контроля качества как основе системы управления качеством. Контроль качества — лишь одна из функций управления, и его реализация должна обеспечиваться в рамках функционирования системы управления качеством. Только наличие специальных автоматизированных инструментов управления позволяет построить эффективную систему управления медицинской организацией с системой оперативного контроля качества медицинской помощи.

Ключевые слова: СМК — система менеджмента качества; СтАР - стоматологическая ассоциация России; Стандарт СтАР — стандарт на СМК; АСУСТОМ — автоматизированная система управления стоматологической организацией.

В настоящее время на рынке информационных систем для здравоохранения практически нет полноценных информационных продуктов, позволяющих решить вопрос построения и функционирования системы менеджмента качества (СМК) в организации. Нужны программы, реализующие основные требования международных систем стандартизации, учитывающие при этом специальные требования отраслевых стандартов качества на СМК, помогающие повысить показатели результативности и эффективности труда. Для стоматологических организаций по инициативе Стоматологической ассоциации России был разработан и утвержден отраслевой стандарт (стандарт СтАР) на СМК стоматологической организации, состоящий из двух частей: базовой, ориентирован-

ной на принципы авторитетных международных стандартов ИСО-9001, JCI и др., и специальной, учитывающей специфические, в нашем случае медицинские, стоматологические условия и требования. Стандарт СтАР на СМК регламентирует выполнение всех функциональных направлений деятельности стоматологической организации. Эффективное управление качеством и безопасностью реализуется через соответствие наполняющих стандарт СтАР требований: качественного оказания стоматологической помощи; сервиса для пациента; профессиональной подготовки и мотивации персонала; оснащения; санитарно-противоэпидемиологического режима; срочности обязательств; медико-экономического стандарта; информирования, включающего внутреннюю коммуникацию сотрудников; сопровождения пациента вне организации и др. Без внедрения в свою деятельность основ современного менеджмента, требований состоявшихся международных стандартов реализовать задуманное будет невозможно. Для того чтобы сотрудникам медицинской организации избежать ошибок при выполнении медико-технологических процессов, которых даже в небольшой клинике может быть более 300, руководителю необходимо идентифицировать каждую задачу, определить исполнителей, ответственных за ее выполнение. Прописать для каждой задачи инструкции с четким регламентом, определить порядок контроля и оценки выполнения как самого процесса, так и компетенций сотрудников. В этом суть процессного подхода, реализуемого с помощью СМК. Неотъемлемой частью любой эффективно действующей системы управления организацией является наличие системы мотивации персонала, которая в первую очередь регулирует баланс между количественными и качественными показателями выполненной сотрудником работы при оплате труда. Смысловым ядром СМК можно назвать систему сбалансированных показателей, на основе которых в организации принимаются важнейшие, определяющие решения, влияющие на качество выполнения, как стратегических, так и оперативных задач. Совершенно очевидно, что невозможно добиться эффективного управления всеми необходимыми функциями и процессами в организации без наличия автоматизированной информационной системы. Кроме того, недостаточно и наличия различных информационных систем, обеспечивающих лишь частичную автоматизацию отдельных процессов деятельности и не позволяющих управлять системно всеми процессами в медицинской организации.

Автоматизированная информационная система управления стоматологической организацией АСУСТОМ, разработана научно-производственным объединением «Нацмедстандарт», обеспечивает решение задачи управления стоматологической организацией как целостной системы. Основное преимущество АСУСТОМ — эффективное управление качеством стоматологической организации на основе четко регламентированных

медико-технологических процессов. В основе разработки медико-технологических процессов лежат нормативные документы, и каждый сотрудник имеет возможность внесения предложений для эффективного его выполнения. Технология работы в системе позволяет организовать работу каждого сотрудника, обеспечивая контроль за качеством его работы. При этом оценка стоматологической услуги осуществляется по результатам выполнения указанных в требованиях стандартов и фактически формируется на основании установленных показателей. Практическое применение АСУСТОМ показало, что, управляя объективными показателями, обладающими полнотой и независимостью, организация получает методологическую основу для моделирования, прогнозирования и интерпретации состояния и эволюционных тенденций. С помощью этого инструмента обеспечивается как оперативное, так и стратегическое планирование и управление. Современная медицинская организация — это не только оборудование, медикаменты и сотрудники в белых халатах. Это также программное обеспечение, которое должно работать на решение задач вашей организации. Программный автоматизированный комплекс — это ценный актив, который помогает управлять различного рода информацией, систематизировать и совершенствовать работу персонала. Медицинским организациям следует учитывать, что контроль качества медицинской помощи, определенного в ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата на практике, возможно осуществить только при использовании автоматизированной системы управления.

Список использованной литературы

1. Стандарт СТАР на СМК.
2. ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. ISO 9001-2015.

В. В. ГЕРАСИМЕНКО,
*д.э.н., профессор, завкафедрой маркетинга
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова*

МЕТОДОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ФОРМАТОВ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ

Популяризация современных достижений науки, в том числе в области здравоохранения, — это неотъемлемая социальная функция университетского образования, которая призвана играть важную роль в развитии здорового образа жизни и управлении общественным здоровьем. Не менее важна и роль университетов в обучении специалистов в сфере управления здравоохранением, повышении их квалификации. Речь идет о внедрении принципов образования через всю жизнь (Lifelong Learning). Актуальность этих задач диктуется современными проблемами в сфере обеспечения здоровья населения, формирования у граждан ответственности за собственное здоровье. На современном этапе социально-экономического развития общества, в условиях снижения угроз гибели людей от голода или эпидемий, сохранность здоровья оказывается во многом зависимой от самого человека, его здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Приоритетным для медицины становится решение проблемы предотвращения развития хронических неинфекционных заболеваний [5].

Существует серьезная экономическая сторона этой проблемы, поскольку обращение к системе здравоохранения происходит зачастую лишь тогда, когда здоровье уже нарушено, и его корректировка требует значительных финансовых и временных затрат, меняет образ жизни человека и его семьи, порой ставя их за черту бедности. Таким образом, для эффективного управления общественным здоровьем со стороны государства необходимо направить усилия не только на развитие системы здравоохранения, но и на управление поведением населения в вопросах охраны здоровья и профилактики заболеваний [3]. Специалисты в области управления общественным здоровьем, отмечая основную угрозу здоровью населения со стороны хронических неинфекционных заболеваний, которые

в большинстве случаев достаточно медленно прогрессируют и встречаются во всех возрастных группах, выдвигают требования к комплексной технологии управления общественным здоровьем: периодичность, крупномасштабность, привлечение индивида в качестве субъекта управления [4].

На наш взгляд, в эту систему критериев должны вписаться и образовательные технологии, направленные на изменение стереотипов общественного поведения, на формирование приоритетов здоровья. Особенно значим такой подход для разработки научно-популярных образовательных продуктов, доступных широкому кругу населения в сетевом образовательном пространстве. Опыт разработкой программ дополнительного образования по технологиям онлайн-обучения обладает экономической факультет МГУ имени М. В. Ломоносова [2], что позволяет говорить о потенциале межфакультетского и межуниверситетского взаимодействия в разработке спектра образовательных ресурсов для управления общественным здоровьем.

Образовательные продукты на основе современных цифровых технологий, особенно те, которые предлагаются бесплатно или имеют низкую стоимость для населения, — это важный ресурс развития принципов здорового образа жизни для самых разных слоев населения и возрастных групп. Ведущие университеты должны выступать лидерами в этой разработке и внедрении новых образовательных технологий. В то же время в цифровом пространстве возникает много других провайдеров научно-популярных образовательных услуг, которые проводят формирование интеллектуального контента, организацию и проведение разнообразных обучающих мероприятий в сфере медицинских знаний. Характерно, что не существует форм сертификации и механизмов ограничения доступа к некачественному контенту, заполняющему цифровое пространство. Поэтому роль университетов очень велика, важно анализировать современный опыт, предложение и тренды развития научно-популярных образовательных продуктов и внедрять собственные высококачественные образовательные программы в цифровое пространство научно-популярного контента.

Реализация принципов здорового образа жизни и грамотности населения в вопросах здравоохранения с помощью образовательных продуктов открытого доступа позволяет решать важные социально-экономические задачи для российского населения:

- популяризация современных достижений медицинской науки, привлечение внимания населения, особенно молодежной аудитории;
- информирование населения о достижениях науки доступным языком, с привлечением интерактивных сетевых ресурсов;
- содействие адаптации людей пожилого возраста к современному информационному пространству, включая возможности телемедицины;

- пропаганда здорового образа жизни и развития наук о здоровье.

Для обеспечения эффективности и конкурентоспособности таких образовательных продуктов важным является определение тех потребностей и мотивов, которые побуждают слушателей посещать образовательные мероприятия или использовать образовательный контент, а также параметров спроса различных категорий потребителей. Для решения этих задач на экономическом факультете МГУ имени М. В. Ломоносова было проведено исследование и анализ существующих в российском информационном пространстве научно-популярных образовательных продуктов, а также анкетирование случайной выборки респондентов [1]. Были проанализированы основные провайдеры: вузы, научные институты, фонды, музеи, библиотеки, новые цифровые провайдеры по следующим параметрам:

1. Субъект образовательного рынка и его связи с объектом, включая каналы коммуникации с потребителем;
2. Тематика образовательного контента;
3. Лекторы;
4. Оплата (платный или бесплатный);
5. Формы образовательного продукта (онлайн, офлайн);
6. Частота мероприятий образовательной тематики;
7. Целевая аудитория и ее сегменты;
8. Продвижение, включая представленность в социальных сетях.

Проведенный анализ позволяет сформулировать современные изменения образовательного пространства и подходов населения к самообразованию, которые необходимо учитывать при разработке образовательных программ и проектов, нацеленных на управление общественным здоровьем (см. табл. 1).

Таблица 1

Изменение образовательного пространства и подходов населения к самообразованию

Фактор влияния на поведение населения	Изменения в поведении населения
Либерализация доступа	Возможность практически неограниченно и бесплатно «потреблять» огромную массу информации о здоровье и медицине
Информатизация	Развитие информационно-коммуникационных технологий: «учусь, когда удобно». Переход в digital-пространство, интерактивная форма получения знаний о здоровье
Персонификация	«Учу то, что лично мне интересно»
DIY (Do it yourself)	Стремление к саморазвитию и формированию своего здоровья

В результате исследования выделены основные сегменты потребителей научно-популярного образовательного контента и ведущие субъекты популяризации научных знаний, в том числе знаний о здоровье и управлении здоровьем в российском образовательном пространстве. Оценены параметры конкурентного преимущества провайдеров с точки зрения содержания и форм представления образовательных продуктов, и сформулированы перспективные тренды развития технологий Lifelong Learning в российском сетевом образовательном пространстве.

Список использованной литературы

1. *Герасименко В. В.* (рук.) Исследование факторов конкурентоспособности просветительских лекций в пространстве современных научно-популярных образовательных продуктов / Научно-исследовательская работа, 2017 [Электронный ресурс]. URL: <https://istina.msu.ru/projects/60250090/>
2. *Герасименко В. В., Молчанова О. П.* Стратегические подходы к управлению дополнительным бизнес-образованием в контексте международной конкуренции // *Управленческие науки.* — 2017. — № 2. — С. 78–87.
3. *Гундаров И. А.* Методология оценки общественного здоровья // *Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения.* URL: http://xn---7sbbahcmgafaski8a2afibqaiixe4dxd.xn--p1ai/publ/medicinskaja_statistika/metodologija_ocenki_obshhestvennogo_zdorovja/28-1-0-237, 22.03.2018.
4. *Климов А. В.* Построение технологии управления общественным здоровьем / XII Всероссийское совещание по проблемам управления ВСПУ-2014. — М., 16–19 июня 2014 г.
5. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

*Л. В. ЛАПИДУС,
д.э.н., профессор кафедры экономики инноваций
экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова,
вед. науч. сотрудник лаборатории прикладного отраслевого анализа
экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова, г. Москва*

*ГАБУНИЯ Н. Ю.,
магистрант НИУ ВШЭ, г. Москва*

РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ЦИФРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОСНОВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Современная концепция отечественного здравоохранения, ориентированная на повышение качества и безопасности медицинской помощи, предполагает решение ряда приоритетных задач: стандартизация, информатизация, внедрение риск-ориентированного подхода. С целью их обеспечения реализуется Государственная программа «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294, предусматривающая внедрение системы управления качеством медицинских услуг в 2015–2016 гг. в 90%, а в последующие годы — в 95% МО; Практические рекомендации, содержащие базовые требования на основе международных стандартов, к тем направлениям деятельности, которые являются наиболее значимыми в вопросах обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности [2]; приоритетный проект Правительства «Бережливая поликлиника». Последний охватывает лишь несколько процессов МО, что существенно не повлияет на качество и безопасность деятельности, так как «бережливое производство» — это философия мышления, которую, общеизвестно, невозможно внедрить за столь короткий срок.

О недостаточной эффективности данных проектов свидетельствуют единичные МО с функционирующими системами управления качеством (2018 г.); результаты опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (2017 г.), согласно которому положительно оценивают систему здравоохранения лишь 9% россиян.

По итогам проводимого авторами научного исследования в рамках внедрения систем управления качеством в МО разной организационно-правовой формы предлагается концепция федеральной цифровой плат-

формы как необходимая эффективная основа для обеспечения повышения качества медицинской помощи. Качество — степень достижения установленных требований [1]. Поэтому с целью повышения качества медицинской помощи необходимо установить конкретные требования к ключевым процессам МО (медицинским и немедицинским) и осуществлять их непрерывный мониторинг. Отклонение от установленных требований (как положительное, так и отрицательное) определяет уровень качества и безопасности МО. Непрерывный системный анализ показателей качества (структуры, процессов и результатов) каждой МО является основой для анализа национальной системы здравоохранения, что возможно путем внедрения единой федеральной цифровой платформы по сбору, обработке и анализу данных. По циклу PDCA, определив причины возникновения отклонений, возможно осуществлять планирование мероприятий по улучшению, как на уровне МО, так и на уровне национальной системы здравоохранения в целом.

Внедрение системы менеджмента качества в МО предполагает стандартизацию и алгоритмизацию ключевых процессов и их бумажное документирование путем разработки стандартных операционных процедур, в которых определяются ответственные исполнители, сроки, результаты, необходимые ресурсы и контрольные точки оценки процессов. Формирование единой федеральной цифровой платформы позволит автоматизировать процессы МО в режиме онлайн, а определенные в стандартных операционных процедурах требования — заложить в основу новой прозрачной системы цифрового здравоохранения.

Переход здравоохранения на цифровые платформы позволит перейти от ручного к стратегическому планированию и управлению здравоохранением страны; вести актуальную статистику в режиме онлайн; дистанционно проводить экспертизу качества медицинской помощи, по ее итогам строить циклы повышения квалификации; минимизировать медицинские ошибки; создавать безопасную среду в каждой МО; эффективнее распределять имеющиеся ресурсы здравоохранения; выявлять реальные потребности МО по вопросам закупок; оценивать успешность реализации государственных программ; оценивать экономическую, медицинскую и социальную эффективность каждой МО, округа, региона, субъекта. Все вышеперечисленное позволит сформировать единую стратегию модели национальной системы здравоохранения [4].

Данные мероприятия обеспечат смену подходов — выполнение перехода от контроля к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, что позволит реализовать главную задачу любой системы здравоохранения — оказание высокопрофессиональной медицинской помощи.

Для реализации современных требований к обеспечению критериев качества медицинской помощи (ключевой — «своевременность») на уровне МО должны быть внедрены цифровые платформы по мониторингу маршрутизации пациентов (например, с неотложными состояниями) [3]. Цифровое здравоохранение должно прийти на помощь спасению жизни пациентов путем анализа на основе баз данных хронометража, ресурсов и установления порядка действий медицинского персонала.

Внедрение цифровых платформ на уровне лечебно-диагностического процесса обеспечит возможность для врача вести непрерывный многолетний анализ массивов данных по каждому пациенту с целью реализации индивидуального подхода к лечению.

Таким образом, для повышения качества и безопасности медицинской помощи необходима цифровая трансформация системы здравоохранения на всех ее уровнях: начиная от национального до уровня лечебно-диагностического процесса, в котором непосредственно происходит взаимодействие конкретного врача с конкретным пациентом.

Список использованной литературы

1. ГОСТ Р ИСО 9000:2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
2. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ФГБУ «Центр мониторинга и медико-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, 2015.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
4. *Зиганшина З. Р.* Формирование модели здравоохранения: современные тенденции и подходы // Современные проблемы: сборник науч.-образовательной конф. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2016. — С. 141–144.

*А. А. МНАЦКАНОВ,
инженер кафедры философии и методологии экономики
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ПЕРСПЕКТИВА СТРАТЕГИЙ МАССОВОГО ВНЕДРЕНИЯ ТРАНСГУМАНИСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Автор рассматривает технологические новшества в системе здравоохранения в рамках трансгуманистических представлений — системы воззрений, сторонники которой предсказывают радикальное изменение общественной реальности вследствие слияния в человеке технологического и биологического начал. Применяя методологию экономического либерализма и аналитический аппарат акторно-сетевой теории Бруно Латура, автор делает вывод о том, что частные лица и их прямые инвестиции могут стать эффективным путем массового внедрения трансгуманистических технологий в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: внедрение технологий, технологическая сингулярность, трансгуманистические технологии, трансгуманизм, экономический либерализм, методология экономического либерализма, акторно-сетевая теория.

Внедрение новых технологий в системе здравоохранения полностью меняет облик отрасли на наших глазах. Изменяется не только формат, но и сущность взаимоотношений между лечебным учреждением и пациентом. Новые технологии размывают границы между привычными группами субъектов системы здравоохранения: пациентами, персоналом, администрацией. Прогнозирование появления и внедрения новых технологий становится важнейшей задачей для целей планирования развития системы здравоохранения.

Мы рассматриваем современную сферу здравоохранения как одну из приоритетных областей человеческой деятельности, в которой находят спрос трансгуманистические технологии — существующие или ожидаемые достижения науки и техники, направленные на преодоление биологических ограничений человеческой природы: нейроимпланты, генная терапия старения, трансплантация и протезирование органов и т.д.

В настоящее время мы наблюдаем экспоненциальный рост числа открытий в рассматриваемой области. Сторонники трансгуманистического подхода прогнозируют наступление технологической сингулярности — нулевого промежутка между появлением материальной потребности и предложением способа ее удовлетворения за счет новых достижений технического прогресса.

Предмет доклада рассматривается с точки зрения либеральной экономической теории с применением методологического аппарата акторно-сетевой теории (АНТ) Бруно Латура к анализу развития системы здравоохранения с позиций экономического либерализма. Концепция Б. Латура требует одинакового подхода в описании всех акторов социальной сети, будь то люди или машины, что делает этот подход незаменимым в анализе влияния трансгуманистических технологий на общественные отношения.

Несмотря на несомненный, на наш взгляд, курс западной цивилизации на слияние биологического и технологического в человеке, что изменит и облик системы здравоохранения в среднесрочной перспективе, открытым остается вопрос, кто именно станет главной движущей силой и соответственно главным бенефициаром наступления трансгуманистической эпохи. Теоретики трансгуманистического движения называют кандидатами на эту роль государства, корпорации или частных лиц. В первом случае предполагается, что государство определит стратегию внедрения трансгуманистических технологий и профинансирует его из бюджетных средств с использованием в той или иной степени механизмов ГЧП. Во втором случае инициатива во внедрении трансгуманистических технологий принадлежит корпорациям, защищающим свой приоритет в этой области повышением цены входа на рынок и системой патентного права. Однако латурианский анализ в либерально-экономической парадигме приводит нас к выводу, что в силу существования калькуляционного аргумента Хайека главным интересантом развития трансгуманистических технологий станет конечный потребитель, человек. Соответственно, и выгоды от инвестиций в трансгуманистические технологии, в том числе и в сфере здравоохранения, будут распределены между частными лицами, в то время как жесткие корпоративные или государственные структуры будут неизбежно опаздывать с прогнозированием колебаний рынка трансгуманистических технологий в условиях технологической сингулярности.

Список использованной литературы

1. Ковальский В. А. Цифровое здравоохранение — где в нем бизнес, а где мыльный пузырь? URL: <http://www.forbes.ru/tehnologii/339101-cifrovoe-zdravoothranenie-gde-v-nem-biznes-gde-mylnyy-puzыр> (дата доступа: 02.04.2018).

2. *Медведев Д. А.* Определяющая роль науки в развитии философских идей в XXI веке (2003) // Шестой международный философский и культурологический конгресс (29 октября — 2 ноября 2003 г.).
3. *Медведев Д. А., Прайд В. В.* Феномен КВ1С-конвергенции: реальность и ожидания // Философские науки. — 2018. — № 1. — С. 97–117.
4. *Мнацаканов А. А.* Модель экономического человека в либертарианской трансгуманистической перспективе // Инновационное развитие экономики России: новая концепция экономического знания. Вторая ежегодная научная конференция кафедры философии и методологии экономики; Москва, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет, 1 декабря 2016 года. — М.: ТЕИС, 2016.
5. *Энтвейн М. Н.* От знания — к творчеству: как гуманитарные науки могут изменить мир. — М.; СПб.: Центр гуманитарных инициатив, 2016. — 480 с. — (Серия: Humanitas).
6. *Bostrom N.* A short history of transhumanist thought. In R. Ettinger (Ed.), The prospect of immortality, with comments by others. — Palo Alto, CA: Ria University Press, 2005.
7. *Dent S.* Google and Elon Musk open their AI platforms to researchers, 2015. URL: <https://www.engadget.com/2016/12/05/google-and-elon-musk-open-their-ai-platforms-to-researchers> (дата доступа: 06.01.2018).
8. FM-2030, Are you a transhuman? Monitoring and stimulating your personal rate of growth in a rapidly changing world. — N.Y.: Warner Books, 1989. — 227 p.
9. *Thompson N.* Ray Kurzweil on Turing Tests, Brain Extenders, and AI Ethics, 2017. URL: <https://www.wired.com/story/ray-kurzweil-on-turing-tests-brain-extend-ers-and-ai-ethics> (дата обращения: 06.01.2018).
10. *Zappia Carlo.* The economics of information, market socialism and Hayek's legacy. In Arena, Richard, ed. (1999) Subjectivism, Information and Knowledge in Hayek's Economics, History of Economic Ideas, 1999. VII, 1–2: 105–138.

А. Г. ОВСЯННИКОВ,
*заместитель директора по инновациям ООО «Портал РАМН»,
магистрант НИУ ВШЭ, факультет социальных наук,
департамент ГМУ,
направление «Управление и экономика здравоохранения»*

ЦИФРОВАЯ ПЛАТФОРМА СОПРОВОЖДЕНИЯ БИОСОЦИАЛЬНОГО ЦИКЛА

Аннотация. В статье рассматривается инновационная медицинская услуга сопровождения по биосоциальному циклу на базе цифровой платформы, позволяющей реализовать принципы 4П-медицины. И произведена оценка экономического эффекта от применения этой услуги.

Ключевые слова: платформа 4П-медицины, инновационные услуги, медицинский коуч, превенция, персонализация, прогноз, патрисипативность.

Современная экономика характеризуется переходом от индустриального уклада к так называемой экономике знаний (knowledge based economy). По существующим оценкам, от 50 до 90% роста ВВП развитых стран определяются инновациями и технологическим прогрессом [1]. Годовой оборот новых технологий и наукоемкой продукции в несколько раз превышает оборот сырья, в том числе нефти и газа. Таким образом знания — ресурс для повышения эффективности производства [2].

Как известно, труд — это основной фактор производства и увеличения ВВП страны. Согласно определению, труд — целесообразная, сознательная деятельность человека, направленная на удовлетворение потребностей индивида и общества. Производительность труда — показатель плодотворности целесообразной деятельности персонала, измеряемый количеством продукции, произведенной в единицу рабочего времени [3].

Таким образом, производительность труда, в общем, ограничена нормами трудового законодательства и возможностями человеческого организма.

Всемирная организация здравоохранения [4] определила, что на продолжительность жизни влияют на 20% — генетика, 20% — условия обитания, 10% — здравоохранение и 50% — образ жизни. Таким образом, создавая определенные условия жизни, можно повлиять на 80% факторов продолжительности жизни.

В 2008 г. американский ученый Лерой Худ сформулировал концепцию четырех основных задач медицины: медицина предсказывающая, персонализированная, предупреждающая и участвующая, сокращенно эту концепцию называют — 4П, от предиктивная, превентивная, персонализированная и партисипативная [5]. Реализация этих принципов подразумевает наличие исчерпывающей информации о состоянии здоровья человека, регулярную актуализацию информации о состоянии здоровья и внешних воздействующих факторах, методик расчета воздействия факторов на состояние здоровья и механизм мониторинга и коррекции поведения человека.

До недавнего времени реализовать такую концепцию не представлялось возможным из-за технологических и технических ограничений. Однако информационные технологии развиваются исключительно быстрыми темпами. Появились платформы для облачных вычислений, позволяющих собирать, хранить и обрабатывать большое количество данных, представляющих из себя, по сути, центры обработки данных (ЦОД). Разработаны алгоритмы обработки больших данных, машинного обучения и технологии искусственного интеллекта.

Цифровизация здравоохранения происходит ускоряющимися темпами. Постоянно появляются и модернизируются медицинские и лабораторные информационные системы (МИС, ЛИС), системы по работе с медицинскими изображениями (PACS). Разработан специальный протокол передачи данных для медицинских информационных систем HL7.

29.07.2017 был принят Федеральный закон № 242-ФЗ от «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» [6], благодаря которому стало возможным применение телемедицинских технологий, ведение медицинской документации в электронной форме, обеспечение электронных услуг и сервисов для граждан, применение устройств мобильной медицины mHealth и прочих.

С методологической точки зрения не составляет особого труда создать систему по управлению биологическим циклом человека на основе принципов 4П-медицины. В общих чертах можно описать функционал системы описывая реализацию каждой из 4П концепций Лероя Худа.

Персонализация обеспечивается через контроль системой параметров здоровья для каждого человека индивидуально, постоянно накапливая и актуализируя данные об особенностях и показателях деятельности организма. Эти данные представляют собой диагнозы, заключения врачей, данные лабораторных и генетических исследований, снимки КТ, МРТ и ПЭТ КТ из различных медицинских организаций, поток данных от устройств мобильной медицины, мобильных приложений и различных гаджетов. Также важно собирать данные о потребляемых продуктах и ме-

стах пребывания. Очень важно для реализации такой системы обеспечить ее интероперабельность и предусмотреть широкие возможности интеграции с прочими системами.

Вследствие нелинейности и индивидуальности воздействия внешних и внутренних факторов на состояние здоровья каждого человека разработать универсальную предиктивную модель не представляется возможным. Однако можно решить эту проблему, разработав общую модель воздействия факторов на организм человека и в дальнейшем ее актуализацию методами машинного обучения и искусственного интеллекта. Так, например, сейчас на рынке есть компании, предлагающие прогнозировать последствия воздействия различных факторов на состояние здоровья [7]. Аналогичные методы развиваются для прогнозирования стоматологических заболеваний и патологических заболеваний, в частности кардиологических и онкологических.

Превентивность реализуется с помощью постоянного сопровождения и коррекции поведения каждого человека. Так, система определяет отклонения в состоянии здоровья или фиксирует рост влияния вредного фактора и выдает рекомендации по коррекции поведения для минимизации потерь здоровья. Такими рекомендациями могут быть прием специальных препаратов, посещение врача, изменение некоторых привычек или смена образа жизни.

На наш взгляд, самой трудной для реализации является партисипативность, или соучастие. В данном случае подразумевается не только адекватная реакция системы на изменения в состоянии здоровья человека и его жизнедеятельности, но и реакция человека на рекомендации системы. Для решения этой задачи надо предусмотреть систему баллов, начислений и штрафов за соответственно выполнение и невыполнение требований системы, а также некоторый соревновательный элемент.

Такая система призвана продлить как работоспособный, так и общей период жизни, снизить продолжительность временной и постоянной нетрудоспособности. Исследования в США о применении принципов 4П-медицины показали снижение периода временной нетрудоспособности на 10% [8]. Что представляет собой значительную экономию средств для работодателя, государства и самого человека. Учитывая, что в России за 2016 г., по причинам болезни органов дыхания, костно-мышечной и соединительной ткани, системы кровообращения, органов пищеварения и мочеполовой системы было оформлено 161 464 061 день временной нетрудоспособности [9], то 10% составляют 16,15 млн дней, или 530 841 трудовой месяц. Если посчитать потери исходя из минимального размера оплаты труда, для Москвы 17 561 рубль, получим 9322 млн рублей.

Исследования о снижении периода временной нетрудоспособности производились в США, где нет системы ОМС, а медицинские услуги население получает за наличный расчет или по системе ДМС, что заставляет людей бережнее относиться к своему здоровью. Также в исследовании не указано, как конкретно реализовывались принципы 4П-медицины и насколько качественно они были реализованы. В случае применения принципов 4П-медицины в России эффект может быть в разы выше.

Список использованной литературы

1. *Кузнецова Н. П., Зуев В. А.* Формирование инновационного типа роста в энергоориентированной экономике // Вестник СПбГУ. Сер. 5. — 2005. — Вып. 4.
2. *Колесов В. П.* Экономика знаний: новые тенденции и Россия // Вестник Московского университета. Сер. 5: Экономика. — 2005. — № 3.
3. <https://works.doklad.ru/view/jw8dPUDzD5U.html>
4. <http://www.who.int/ru/>
5. https://ru.wikipedia.org/wiki/Худ,_Лерой
6. <http://base.garant.ru/71732844/>
7. <http://biogenom.ru/>
8. <https://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/strategy/appendix1.pdf>
9. Данные Министерства здравоохранения России.

*М. А. РЫБАЛКО,
к.э.н., доцент кафедры маркетинга
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ И МОБИЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Аннотация. В работе описаны технологические изменения, способствующие кардинальным изменениям в сфере здравоохранения. Выделены пять уровней задач, решаемых при помощи телекоммуникационных и мобильных технологий. Приведены примеры использования современных технологий в различных проектах в сфере телемедицины.

Ключевые слова: здравоохранение, инновационные технологии в медицине, телемедицина, мобильные технологии.

Развитие мобильных технологий в течение последних нескольких лет и распространение интернета во всем мире существенно изменили подходы и решения во многих социальных сферах, в том числе в медицине и формировании здорового образа жизни.

Согласно исследованиям, 98% россиян имеют как минимум один мобильный телефон, около 60% — смартфон [3]. Доступность, распространенность и удобство мобильных устройств оказывают существенное влияние не только на сферу связи, но и на другие общественные институты. Все большее число сервисов, доступных через интернет или по телефону, стремится развивать мобильный формат. Запись к врачу, оплата покупок, штрафов или парковки, государственные услуги и многое другое становятся доступными через мобильные приложения или сервисы.

Телемедицина — оказание медицинских услуг и проведение медицинских операций специалистами, соединенными удаленным доступом через интернет. Мобильное здоровье (от англ. Mobile health или mHealth) — общее название проектов в сфере общественного здравоохранения, основанных на использовании мобильных устройств с целью диагностики, информирования, образования и мотивации пациента, а также формирования приверженности к лечению и посещению врача и т.д. [1].

В телемедицинских и mHealth проектах сотовые телефоны, планшетные компьютеры, КПК и подключаемые к ним диагностические и мониторинговые модули позволяют дистанционно сделать УЗИ, анализ крови, вести электронную карту пациента, посетить видеоконференцию с врачом, получить своевременное напоминание о приеме препарата, подписаться на информационное сопровождение с рекомендациями по различным вопросам здоровья, профилактики и др.

Среди программ в области телемедицины и mHealth наиболее широкое распространение получили проекты, связанные с онлайн-консультациями, информационным сопровождением по различным аспектам здорового образа жизни, профилактики, лечения и приверженности (adherence). Исследования эффективности программ на уровне изменения поведения показывают, что мобильные технологии вносят существенный вклад в повышение уровня информированности и образованности пользователя, помогают преодолевать стереотипы и ложные знания из интернета, снижая риски «синдрома выгорания» для профессиональных работников сферы образования и здравоохранения [2].

Существует пять уровней задач общественного здравоохранения, на решение которых направлены телекоммуникационные и мобильные технологии. Данные уровни могут быть определены по характеру программ: 1) лечение и диагностика, 2) изменение поведения, 3) мониторинг, 4) клинические исследования, 5) электронный документооборот.

На каждом уровне задач применяются телекоммуникационные и мобильные технологии, обеспечивающие наиболее эффективное достижение поставленного результата. Например, вопросы удаленного медицинского вмешательства требуют не только удаленных каналов связи для передачи высококачественного видео и аудио, но и также специализированного оборудования для осуществления самой операции.

Задачи, связанные с удаленным мониторингом состояния здоровья пациента, в настоящее время основаны на использовании мобильных мониторов, подключаемых к передающим устройствам или действующим автономно, собирая и маршрутизируя данные по внутренним каналам. Классическими примерами являются мониторы деятельности сердечно-сосудистой системы, уровня сахара при диабете.

В то же время для реализации программ, направленных на изменение поведения, достаточно мобильного устройства пользователя — телефона, смартфона, планшета. Ключевое значение имеет своевременность, достоверность и актуальность сообщений о здоровье, доставляемых клиенту на его мобильное устройство. В качестве примера можно привести федеральную программу СМСмаме (MAMAmobi) для беременных женщин и мам с новорожденными детьми, сопровождающую с помощью инфор-

мационных сообщений для обеспечения здорового начала жизни ребенка и охраны материнского здоровья [4].

Таким образом, задачи на каждом уровне определяют необходимые инновации, средства, объемы финансирования, инструменты, каналы, продолжительность, охват и другие составляющие, из которых складывается общая стоимость затрат для каждой из разрабатываемых программ.

Список использованной литературы

1. Аналитический отчет «Bringing Health Care Online: The Role of Information Technologies» [Электронный ресурс]. URL: <http://ota.fas.org/reports/9507.pdf>
2. Аналитический отчет PWC «Emerging mHealth: Paths for growth» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.pwc.com/gx/en/healthcare/mhealth/assets/pwc-emerging-mhealth-full.pdf>
3. Сайт в облаке // Российская газета. — 2018. — № 917 [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2018/10/08/telefoni.html>
4. Федеральная программа СМСмаме (МАМАmobi) [Электронный ресурс]. URL: <https://smsmame.ru/>

РАЗДЕЛ VII

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВАНИЯ ПАРАДИГМ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е. В. БРЫЗГАЛИНА,

*к.ф.н., доцент, завкафедрой философии образования
философского факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ АППАРАТ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Обосновывается необходимость рефлексии над категориальным аппаратом, который должен быть задействован в социально-гуманитарной экспертизе современного здравоохранения. В качестве ключевых понятий, требующих концептуальной проработки, выделены следующие: «социально-гуманитарная экспертиза как исследование», «субъекты-драйверы здравоохранения», «ценностные матрицы», «риски системы здравоохранения», «знание». Выявлено, что уточнение базовых понятий является условием начала экспертного исследования и одновременно его результатом. Междисциплинарное взаимодействие рассмотрено как условие для эффективного социогуманитарного сопровождения развития современной биомедицины как отрасли науки и функционирования современного здравоохранения как социальной сферы.

Ключевые слова: социально-гуманитарная экспертиза, философия науки, философия медицины, организация здравоохранения.

В современных условиях при высоких темпах трансформации всех сфер общественной жизни и нарастающей неопределенности в развитии социальных институтов актуальна задача междисциплинарного подхода к экспертизе изменений.

Понятие «социогуманитарная экспертиза» указывает на то, что объект социальных наук — это социальная реальность, в которой ключевая роль

принадлежит отношениям людей, чья деятельность не только предопределена социальными закономерностями, но и зависит от самобытности, самооценности и уникальности конкретного человека. Следует дифференцировать оценку как процедуру сравнения с образцом и экспертизу как исследование.

Современная социогуманитарная экспертиза выступает в качестве исследования по отношению к сложным динамическим, саморазвивающимся системам. В этих системах, к которым, без сомнения, относится здравоохранение, действуют множественные субъекты, появляются объекты, возникают ситуации, практики, социальные взаимодействия, которых ранее не существовало. Это служит причиной ценностных конфликтов по различным основаниям, исследование которых также является задачей социально-гуманитарной экспертизы.

В последние годы значительно возрастает междисциплинарный интерес исследователей к философской проблематике в сфере здравоохранения. Это вызвано прежде всего объективной и все более осознаваемой обществом ролью системы здравоохранения в решении ключевых проблем развития общества.

В сфере здравоохранения социально-гуманитарная экспертиза направлена на решение нескольких задач, которые требуют, с одной стороны, предварительного, до начала экспертизы уточнения базовых понятий, имеющих различную содержательную наполненность в отдельных предметных отраслях знаний, с другой стороны, само содержание понятий трансформируется в ходе экспертной деятельности.

В отношении здравоохранения экспертная деятельность состоит в исследовании инновационных объектов, проектов и процессов, формирующихся при оказании современной высокотехнологичной медицинской помощи населению, а также комплексных результатов развития здравоохранения. Для здравоохранения как объекта экспертизы важно определить то, каким должен быть итог экспертизы: достаточно ли констатации необходимости изменений, или же требуется выработка междисциплинарных рекомендаций, касающихся способов решения проблем, затруднений, ценностных конфликтов.

Для экспертного учета позиций ключевых субъектов-драйверов системы здравоохранения следует констатировать неопределенность представлений о содержательной наполненности понятия «субъект здравоохранения». Разные субъекты, лично или в рамках социальных групп заинтересованные в качественном медицинском обеспечении, имеют разное представление о том, какие именно цели должна реализовывать система здравоохранения и каким образом должен быть организован процесс профилактики и оказания медицинской помощи населению.

Принципиальная оценка ключевых ориентиров развития системы здравоохранения в рамках социогуманитарной экспертизы требует конкретизации понятий «ценностные ориентации», «ценностные матрицы». Поскольку в современной биомедицине возникают объекты, проекты и проблемы, которые не могут быть ценностно однозначно определены (в сфере трансплантологии, биобанкинга, фармацевтической сфере и т.д.). При абсолютной новизне объекта, проекта или проблемы экспертизы отсутствие устоявшегося их ценностного маркирования и (или) возникающая со стороны различных субъектов множественность ценностных интерпретаций позволяют совершенно различно определять и экспертно исследовать механизмы достижения целей развития системы здравоохранения.

Задача экспертизы, связанная с определением возможных последствий реализации проектов в сфере здравоохранения, требует прояснения понятия «риск», которое, с одной стороны, предполагает указание на возможные потери, вероятность которых связана с наличием неопределенности (недостаточности информации), с другой стороны, риском можно обозначить возможные отклонения от цели, ухудшающие качественные и количественные показатели функционирования системы здравоохранения.

В современном здравоохранении сложились институционализованные формы и площадки для социально-гуманитарной экспертизы — биоэтические комитеты (комиссии). Экспертное сообщество формируется под воздействием общественно-политических структур и практик. В системе здравоохранения высока роль носителей так называемого «профанного знания» — субъектов, не обладающих специализированными медико-биологическими знаниями, но автономно принимающих значимые решения для себя или других лиц о допустимости и приемлемости определенных медицинских практик. Стирание социальной дистанции между такими субъектами и экспертами-специалистами, выравнивание их статусов в процессе принятия управленческих решений требуют концептуального прояснения сущности «знания».

Таким образом, множественность задач социально-гуманитарной экспертизы здравоохранения требует прояснения широкого круга междисциплинарных понятий, формирующих категориальный аппарат экспертного исследования.

Список использованной литературы

1. *Ашмарин И. И., Юдин Б. Г.* Основы гуманитарной экспертизы // Человек. — 1997. — № 3. — С. 76–86.
2. *Багдасарьян Н. Г.* К проблеме социально-гуманитарной экспертизы технологий обеспечения безопасности населения // Экспертиза в современном

мире: от знания к деятельности / под ред. Г. В. Иванченко, Д. А. Леонтьева. — М.: Смысл, 2006.

3. *Брызгалина Е. В., Аласания К. Ю., Садовничий В. А.* и др. Социально-гуманитарная экспертиза функционирования национальных депозитариев биоматериалов // Вопросы философии. — 2016. — № 2. — С. 8–21.
4. *Тищенко П. Д.* Этические проблемы развития биотехнологий // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. — М.: ИФ РАН, 2008.
5. *Юдин Б. Г.* Биомедицинские исследования как объект философского осмысления // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. — М.: ИФ РАН, 2008.

*Е. М. ШКОМОВА,
к.ф.н., ассистент кафедры этики
философского факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ КАК ФАКТОРА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Появление биобанков как нового типа научно-исследовательских институтов трансформирует сложившиеся представления о комплаентности. Деятельность биобанков сопряжена с необходимостью получения биоматериала человека, причем исследования направлены, например, на определение особенностей популяции, а не на выявление рисков, связанных со здоровьем конкретного человека. Возникает необходимость разработки новых моделей комплаентности в контексте биобанков, что, в свою очередь, невозможно без проведения социально-гуманитарной экспертизы.

Ключевые слова: комплаентность, биобанк, социально-гуманитарная экспертиза.

Термин «комплаентность» (англ. compliance — согласие, стремление соответствовать) — согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии; точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения — стал входить в медицинский лексикон начиная с 1970-х гг. С середины 1980-х гг. наблюдается увеличение зарубежных публикаций по различным аспектам проблемы комплаентности, а с конца 1990-х указанная проблема оказалась в фокусе рассмотрения отечественных специалистов. Это было обусловлено увеличением пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, а также попытками переосмысления моделей взаимоотношения врача и пациента, постепенным отходом от патерналистской модели, связанным с увеличением доступа к медицинской информации, ростом грамотности населения, усилением либерально-демократических тенденций, основанных на утверждении автономии пациента. Отметим, что проблема комплаентности междисциплинарна по своей сути: она включает в себя и клинический, и социально-психологический, и организационный, и этико-правовой аспекты. В свою очередь, в научной литературе представлены такие по-

нятия, как социальная комплаентность, эмоциональная комплаентность, поведенческая комплаентность.

Подчеркнем, что на данный момент проблема комплаентности рассматривается в контексте терапевтических практик, связанных с оказанием помощи пациентам, страдающим определенным заболеванием. В связи с появлением биобанков, деятельность которых обусловлена научно-исследовательскими целями, проблема комплаентности приобретает новое звучание. Необходимо ответить на вопросы: каким образом должно быть обеспечено участие потенциальных доноров в исследованиях, которые не направлены на оказание помощи конкретному человеку? Какие факторы влияют на получение согласия на участие в научно-исследовательском проекте? Очевидно, что развитие научных проектов, связанных с участием человека, получением биоматериалов человека, невозможно без выстраивания диалога между обществом и учеными, а также без формирования доверия к ученым и их деятельности. Решение этой задачи возможно только в рамках междисциплинарной работы, неотъемлемой частью которой является социально-гуманитарная экспертиза.

Список использованной литературы

1. *Брызгалова Е. В., Аласания К. Ю., Садовничий В. А., Миронов В. В., Гавриленко С. М., Вархотов Т. А., Шкомова Е. М., Набиуллина Е. А.* Социально-гуманитарная экспертиза функционирования национальных депозитариев биоматериалов // Вопросы философии. — 2016. — № 2. — С. 8–21.
2. *Вишневецкий К. А.* Физические нагрузки во время сеанса гемодиализа: комплаентность и эффекты // Нефрология и диализ. — 2009. — Т. 11. — № 4. — С. 302–309.
3. *Деларю В. В., Вершинин Е. Г.* Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2015. — № 3 (55).
4. *Катунина Е. А.* и др. Комплаентность у больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2010. — Т. 110. — № 11. — С. 46–48.
5. *Коц Я. И., Митрофанова И. С.* Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью // Российский медицинский журнал. — 2007. — № 4. — С. 4–7.
6. *Леонова М. В., Мясеодова Н. В.* Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность // Российский кардиологический журнал. — 2003. — Т. 2. — С. 17–21.
7. *Мартынов А. А., Спиридонова Е. В., Бутарева М. М.* Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // Вестник дерматологии и венерологии. — 2012. — № 1. — С. 21–27.

8. *Микиртчан Г. Л., Каурова Т. В., Очкур О. К.* COMPLIANCE как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии // Вопросы современной педиатрии. — 2012. — Т. 11. — № 6.
9. *Фирсова И. В., Михальченко В. Ф.* Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2007. — № 2 (22).
10. *Greenberg R. N.* Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review // Clinical therapeutics. — 1984. — Т. 6. — No. 5. — С. 592–599.
11. *Joyner M. J., Paneth N.* Seven questions for personalized medicine // Jama. — 2015. — Т. 314. — No. 10. — С. 999–1000.
12. *Kim S. S., Kaplowitz S., Johnston M. V.* The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance // Evaluation & the health professions. — 2004. — Т. 27. — No. 3. — С. 237–251.
13. *Kiortsis D. N.* et al. Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients // Journal of clinical pharmacy and therapeutics. — 2000. — Т. 25. — No. 6. — С. 445–451.
14. *Roter D. L.* et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis // Medical care. — 1998. — Т. 36. — No. 8. — С. 1138–1161.

*К. Ю. АЛАСАНИЯ,
к.ф.н., доцент кафедры философии политики и права
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРАКТИК БИОБАНКИНГА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Аннотация. В докладе рассматривается специфика функционирования биобанков на национальном и международном уровнях. Различие целей создания национальных и международных депозитариев биоматериалов обуславливает наличие специфических задач. В процессе экспертного анализа деятельности биобанков необходимо учитывать предпосылки постановки задач двух типов и условия их решения.

Ключевые слова: биобанк, биобанкинг, национальный биобанк, международный биобанк, экспертный анализ.

Биобанкинг сегодня — одна из инновационных и перспективных сфер развития биомедицины, которая заслуживает особого внимания в контексте здравоохранения. При наличии задачи определения региональных особенностей биобанкинга в качестве критерия можно выделить уровень функционирования биобанков. Согласно этому критерию биобанки можно разделить на национальные и международные.

В качестве примера национальных биобанков можно привести датский проект FarGen, целью которого является изучение генетического своеобразия населения Фарерских островов, или биобанк Японии, схожий с датским биобанком по целям. Примером международного биобанка может служить EuroBioBank, который включает в себя двенадцать биобанков.

Задача этого депозитария биоматериалов состоит в координации работы, осуществляемой европейскими биобанками, с целью достижения максимальной эффективности в соответствующей исследовательской области.

Как видно из примеров, задачи функционирования национальных и международных биобанков разнятся. Соответственно, подходы к анализу их функционирования будут отличными друг от друга. Учитывая то, что биобанк является многокомпонентной структурой, которая требует специфической регуляции, включающей в себя решение правовых, этических, экономических, политических вопросов, то анализ деятельности

национальных и международных биобанков может основываться на различных предпосылках и учитывать разные условия.

Внутренняя политика, проводимая государством в отношении внедрения инноваций, реакция общества на развитие инновационных биомедицинских технологий, общественный резонанс становятся значимыми условиями анализа деятельности национальных биобанков. Очевидно, что при ее оценивании особое значение имеет модель государственного регулирования фундаментальных и прикладных медицинских исследований.

В случае с международными биобанками стоит учитывать тенденцию к интернационализации как одну из основных в развитии международной практики биобанкинга. Одна из ключевых сложностей, представляющих, в свою очередь, тему для экспертного анализа, заключается в необходимости создания некой универсальной системы регуляторов, обеспечивающих функционирование разных национальных банков в составе одной структуры.

Представляется, что данную задачу возможно успешно решать в ситуации, когда речь идет о государствах, близких друг другу в политико-идеологическом и культурном смыслах. Существующее на данный момент биоэтическое и правовое регулирование биобанков на международном уровне имеет все еще фрагментарный характер. Тем не менее в условиях готовности к взаимодействию, которому не препятствуют различия в законодательствах национальных государств (запрещение на обмен исследовательскими данными, например), развитие международного биобанкинга является перспективным.

Список использованной литературы

1. *Алмонд Г., Верба С.* Гражданская культура: политические установки и демократия в пяти странах. — М.: Мысль, 2014.
2. *Брызгалина Е. В., Аласания К. Ю., Садовничий В. А., Миронов В. В., Гавриленко С. М., Вархотов Т. А., Шкомова Е. М., Набиулина Е. А.* Социально-гуманитарная экспертиза функционирования национальных депозитариев биоматериалов // Вопросы философии. — 2016. — № 2. — С. 18–21.
3. *Тищенко П. Д.* Этические проблемы развития биотехнологий // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. — М.: ИФ РАН, 2008. — С. 55–82.
4. *Aparicio L., Lipworth W., Then S.-N.* Biobanking of blood and bone marrow: Emerging challenges for custodians of public resources // Journal of law and medicine. — 2013. — 21/2. — P. 343–350.
5. *Roazzi P., Benedetto C., Bravo E.* Biobank Networking: The European Network Initiative and the Italian Participation // Biopreservation and Biobanking. — 2011. — 9/2. — P. 175–179.
6. *Starkbaum J., Chen H., Gottweis H.* Publics and biobanks in China and Europe: a comparative perspective // Asia Europe Journal. — 2014. — 12. — P. 345–359.

РАЗДЕЛ VIII

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БАРЬЕРЫ, ДОБРО И ЗЛО

Д. В. СТАМБОЛЬСКИЙ,
к.б.н., вед. науч. сотрудник МНОЦ МГУ имени М. В. Ломоносова,
член руководящего комитета ТП «Медицина будущего»,
г. Москва

С. Т. МАЦКЕПЛИШВИЛИ,
профессор, д.м.н., чл.-корр. РАН
заместитель директора по науке МНОЦ
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва

МЕДИЦИНСКАЯ РАЗРАБОТКА: ОТ ИССЛЕДОВАНИЯ ДО ВНЕДРЕНИЯ. СДЕРЖИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Аннотация. В докладе обсуждаются факторы, снижающие эффективность медицинских исследований и разработок, а также пути повышения их результативности.

Ключевые слова: фундаментальное исследование, прикладное исследование, технологическая разработка, доклиническое исследование, клиническое исследование, государственное регулирование, бюджетное финансирование, внебюджетное финансирование, показатели эффективности работы, наукометрические показатели.

Медицинские исследования и разработки всегда были исторически неотъемлемо связаны с университетской наукой и образованием. На момент основания, первыми тремя факультетами большинства ведущих университетов, имеющих более чем вековую историю, были юридический, философский и медицинский. Первые два были нужны человеку для установления цивилизованных отношений с обществом и природой, а третий необходим для продления жизни и повышения ее качества. Медицина

всегда использует все доступные достижения химии, физики, биологии и других естественных наук. В идеальной системе врачи формулируют заказ на разработку, а затем участвуют в исследованиях, разработках и внедрении новых лекарств, медицинских изделий, материалов, приборов, способов лечения и диагностики. Классические университеты, имеющие в своем составе медицинские факультеты, являются оптимальными площадками для медицинско ориентированных исследований и разработок.

Внедрение в практику нового лекарственного средства, способа лечения или диагностики, разработка нового медицинского изделия или прибора подразумевают прохождение разработки через этап фундаментального исследования, в ходе которого возникает знание, на основе которого можно создавать применимый в медицинской практике продукт; затем прикладного исследования, когда на основе ранее полученного знания создается лабораторный образец или лабораторная технология, с помощью которых на моделях заболеваний человека проверяется гипотеза о применимости (полезности и безопасности) образца/технологии в медицинской практике; после подтверждения гипотезы о применимости образца/технологии проводятся доклинические исследования эффективности и безопасности, в ходе которых завершается фармацевтическая разработка, разрабатывается опытно-промышленная технология производства, выполняется полномасштабное исследование специфической активности и биологической безопасности; готовится пакет документов для получения разрешения на проведения клинических исследований на человеке; с разрешения государственного регулятора проводятся клинические исследования безопасности и эффективности лекарства/технологии/изделия на людях. Только по результатам полного цикла исследований становится ясно — применимо ли лекарство/технология/изделие в медицинской практике, превосходит ли созданный образец по эффективности и безопасности существующие, превосходит ли польза вред, приемлемы ли риски.

Заказчиками и государственными регуляторами исследований и разработок, необходимых для медицины на этапах фундаментальных исследований, являются научные фонды (РФФИ, РНФ и др.); на этапах прикладных научных исследований — Минобрнауки России; на этапах технологических разработок — Минпромторг России; на этапах клинических исследований — Минпромторг России и Минздрав России; на этапе внедрения в практику — Минздрав России.

Как же решается такая проблема? В ушедшие советские времена ее решал Госплан СССР. В западной системе эта проблема также решается с помощью планирования. Именно на этапе планирования происходит анализ (прогноз) реализуемости, востребованности и обозначаются необходимые исследования и разработки. Прогноз реализуемости проекта на Западе называют форсайтом. Форсайт — это анализ технологических возмож-

ностей, социальных ожиданий, экономических возможностей, политической воли и других важных факторов, определяющих какой-то определенный процесс или разработку. Это не только прогноз, но и прообраз плана, который теперь, заимствуя западный термин, называют дорожной картой проекта. Несмотря на рыночную экономику и демократию, мир не отказался от прогнозов и планов. Мировые корпорации, правительства западных стран являются постоянными заказчиками форсайтов и используют их в качестве инструмента управления мировой экономикой и обществом. Прогноз на основе анализа не только предсказывает развитие в определенном направлении, но и убеждает в том, что сформулированный сценарий — единственно верный. Например, Питер Шварц — мировой гуру форсайта — в своей лекции во время вручения ему мантии почетного профессора Высшей школы экономики популярно рассказал, как благодаря подготовленному им форсайт-исследованию правительству США удалось обрушить цену нефти, что привело в итоге к распаду СССР. Те политики и экономисты, которые упорно уводят нашу страну от планового развития в рыночные отношения, — верные единомышленники наших западных «партнеров».

Как рыночные принципы внедрены в отечественную науку и почему это плохо? Финансирование науки после распада СССР в России превратилось в грантовое или проектное. Государство не имеет больше «штатных» исследователей, которым выплачивает заработную плату, закупает реактивы и оборудование. В то же время в западных университетах существовали и существуют штатные исследователи, получающие заработную плату из бюджета вне зависимости от грантового финансирования. У нас, для того чтобы исследователь оставался в науке, он должен постоянно получать гранты, выигрывать конкурсы на контракты и субсидии.

Кто и на каких принципах определяет тематику исследований и как оценивается их эффективность? Принцип формирования тематик исследований на всех их этапах стал инициативным. Исследователь сам выбирает — что он собирается исследовать. Что им движет в первую очередь? Мотивов два — пообещать то, на что выделят финансирование, и пообещать только то, за что возможно легко отчитаться. Провал с отчетом — риск выпасть из обоймы тех, кому выделяют финансирование. В итоге — перспективные направления исследований с риском неудачи никем не разрабатываются. Что засчитывается заказчиками как результат проекта? Публикации в западных (в приоритете Web of Science и SCOPUS) журналах; в Европе считается, что две хорошие публикации в год при бюджете лаборатории в 0,5 млн евро — это очень хорошо, у нас за меньшие деньги требуют в разы больше; патенты — коммерциализация декларируется как конечная цель всех исследований, но патент для выполнения индикатора редко бывает слишком полезным; защищенные диссертации;

доля молодых исследователей; внебюджетное софинансирование. Имеют ли эти показатели отношение к реальному определению ценности результатов исследования? С точки зрения оценки научной значимости и разработки конечного продукта — едва ли. Эти показатели исходят из отчетных документов по реализации ведомственных ФЦП, ГП или ДРОНД. ФОИВы отчитываются друг перед другом о своей эффективности — их отчетность, к сожалению, эффективно не отражает реального продвижения значимых разработок.

Среди показателей установленных планами ФОИВов — привлечение в науку частного капитала или внебюджетное софинансирование. За этим, с одной стороны, стоит желание переложить ответственность по выбору направления исследования на лицо, инвестирующее свои деньги, а с другой — попытка сэкономить бюджетные средства. Что мы сейчас имеем в сухом остатке? Частный капитал имеет единственный мотивированный интерес — прибыль. На ранних этапах исследования, а в медицинских разработках до завершения стадии клинических исследований инвестиции носят рискованный (венчурный) характер — лекарство, действовавшее «в пробирке» и «на мышах», может оказаться непригодным для человека. Цикл разработки медицинской продукции длинный — не меньше 7–10 лет. Кроме того, из-за сложной, динамически-творчески меняющейся по ходу выполнения проекта отчетности, предусмотренных контрактами и соглашениями серьезных штрафных санкций, отсутствия права на отрицательный результат и первичного закрепления прав собственности за государственными учреждениями частный капитал как огня боится участия в проектах, в которых привлекаются бюджетные средства.

На этапах фундаментального исследования финансирование, предоставляемое научными фондами, остается наиболее доступным для исследователей. Тем не менее, по-видимому, благодаря приходу в руководство фондов руководителей из Минобрнауки отчетность из года в год усложняется.

Начиная с прикладного этапа, исследования финансируются Минобрнауки. Именно с этого момента исследователь теряет право на вариативность результатов. Все работы и их результаты заранее прописаны в календарном плане (плане-графике), а требования к ним сформулированы в техническом задании. Начиная с этого этапа, заказчик выдвигает внебюджетное софинансирование как условие предоставления бюджетного финансирования. Не всякий исследователь, в особенности работающий в бюджетном научном учреждении, может привлекать ВБС. Причин две: первая — государственное научное учреждение не всегда имеет собственные прибыль или другие ресурсы, предоставление которых для выполнения исследования засчитывается за ВБС; вторая в неверно определенном

целеполагания — прикладное научное исследование — это превращение денег в знания, а частному инвестору нужны не знания, а возможность взамен на вложенные средства в неотдаленной перспективе получить гарантированную прибыль. Инвестор ждет этапа инноваций — этапа превращения знаний в деньги. Этап превращения результатов фундаментальных исследований в лабораторную или опытно-промышленную технологию — самый сложный с точки зрения привлечения инвестиций не только у нас, но и во всем мире, особенно в той его части, которая живет в условиях демократии и рыночной экономики. В связи с чем этот этап разработки традиционно называют «Мертвой долиной». Что ожидает исследователя в конце этой долины? Тот, кто туда добрался, имеет патент, опытно-промышленный производственный регламент, результаты клинических исследований и готов к внедрению в производство и в медицинскую практику. Внедрение в практику новых методов лечения контролируется государственными регуляторами и встречает противодействие доминирующих на рынке компаний-производителей, заинтересованных в сбыте только своей продукции.

Как из этого положения можно было бы выйти? Такие попытки предпринимались, в том числе на государственном уровне. Несколько лет назад по инициативе Минэкономразвития России в стране были созданы отраслевые технологические платформы, среди которых ТП «Медицина будущего». Целью создания технологических платформ было содействие продвижению исследований и разработок, направленных на создание инновационных продуктов и технологий. Технологические платформы были призваны объединить исследователей и разработчиков, вовлеченных в исследования и разработки на разных стадиях проекта, организации, занятые подготовкой кадров, организации-потребители, представителей профильных ФОИВов и представителей частного бизнеса, заинтересованных в коммерциализации новых продуктов и технологий. ТП «Медицина будущего» практически сразу стала одной из крупнейших и наиболее успешных по выполнению индикативных показателей ФОИВов. Это легко объясняется тем, что в медицинские исследования и разработки помимо врачей и биологов вовлечены специалисты практически всех естественно-научных направлений. Практически сразу в рамках платформы стали формироваться комплексные проекты полного цикла (КППЦ) с посылкой использовать их для поддержки и продвижения данных разработок. КППЦ представляют собой описание комплекса конкретных исследований, разработок и мер, необходимых для создания нового медицинского продукта или технологии. «Успешные» КППЦ описывали проекты уже высокой степени готовности. К сожалению, в силу отсутствия у ТП эффективных инструментов поддержки своих проектов большинство КППЦ не завершили свой цикл развития выходом на рынок

новых продуктов или технологий. Единственным доступным ТП инструментом содействия проектам были письма поддержки, которые принимались в рассмотрение на конкурсах в рамках ФЦП «Исследования и разработки-2020». Эксперты платформы работают в составе Рабочих групп программ «Исследования и разработки-2020» и «Фарма-2020», проводят экспертизы, принимают участие в подготовке программных документов в интересах национальных научных фондов и ФОИВов. Тем не менее голос ТП всегда не более чем совещательный. Проблема отсутствия продуктивной преемственности в деятельности научных фондов и профильных ФОИВов остается более чем актуальной. Успешное завершение даже нескольких разработок на стадии исследований не гарантирует, что будет поддержано еще одно необходимое для создания продукта или технологии исследование. Различия в требованиях, предъявляемых смежными ФОИВами к одной и той же работе, не гарантируют переход без доработок к следующей стадии разработки. Формальные рамки инструментов государственной поддержки (сроки выполнения работ, устанавливаемые государственным контрактом) не всегда позволяют выполнить, в частности клинические исследования, в установленные сроки.

Повышение эффективности биомедицинских разработок требует обеспечения преемственности необходимых исследований и разработок, что практически невозможно при сохранении существующего исключительно инициативного (со стороны исполнителей) порядка формирования тематик, получающих государственную поддержку. Необходимо возврат элементов планирования хотя бы в виде комплексных проектов полного цикла. Реализация любого проекта, ориентированного на внедрение в практику нового социально значимого продукта или технологии, должна происходить на основе плана (дорожной карты), основанного на прогнозе (форсайте). План и прогноз должны регулярно актуализироваться с учетом полученных в ходе работы результатов и новой доступной информации. По подобному сценарию уже работают европейские технологические платформы. Необходимо создание механизма, обеспечивающего преемственность исследований и разработок — финансовую, организационную, юридическую, кадровую поддержку проектов в межведомственном формате.

РАЗДЕЛ IX

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И. И. БАДЕРТДИНОВ,
студент ФГБОУ ВО

*«Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Казань*

ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Аннотация. В докладе показана важность овладения навыками налаживания контакта с пациентом для успешного оказания медицинской помощи. Отмечено влияние волонтерского опыта на получение необходимых навыков. Приведены результаты анкетирования пациентов медицинских учреждений.

Ключевые слова: волонтерство в медицине, медицинская этика, качество медицинской помощи.

В наше время часто звучит тезис, что выпускники университетов не готовы к работе и не обладают необходимыми компетенциями. В медицине, как в сфере со своими особенностями, особенно важно, чтобы выпускник овладел всеми необходимыми навыками во время обучения.

Все навыки и умения будущего работника можно разделить на две большие группы: *hard skills* и *soft skills*. *Hard skills* — это набор профессиональных навыков и умений, связанных с технической стороной деятельности (например, в стоматологии — это умение препарировать или обтачивать зуб, умение делать анестезию, умение восстанавливать анатомическую форму зуба). *Soft skills* — это более обширные навыки и умения, которые получают уже благодаря личному опыту и которые не связаны с конкретным видом деятельности.

И если овладению *hard skills* уделено очень много времени в рамках обучения в университете, то ответственность за получение *soft skills* полностью ложится на плечи студента. В медицине особенно актуален ряд на-

выков и умений, которые позволяют наладить контакт с пациентом, оценить его психоэмоциональный статус. Во многом этому учит медицинская этика, но ей может уделяться недостаточное внимание в рамках обучения. Овладеть всеми необходимыми навыками из категории *soft skills* будущему медицинскому работнику может помочь волонтерский опыт. В рамках деятельности волонтеров-медиков студенты медицинских вузов помогают в больницах, читают профилактические лекции и устраивают творческие вечера для пациентов.

Целью работы врача является избавление пациента от страданий путем оказания им медицинской помощи. К сожалению, часть врачей видит пациента исключительно в качестве прямого или опосредованного источника обогащения, что обуславливает нарушение этических норм в процессе выполнения ими своей профессиональной деятельности. С широким распространением рыночных отношений в российской медицине соблюдение этики врачами приобрело особую актуальность.

Медицинская этика представляет собой систему норм поведения, которая складывается из норм внешнего и внутреннего поведения. К правилам внешней культуры поведения врача относятся форма приветствия и умение держать себя среди коллег и пациентов, способность строить общение соответственно обстановке и условиям, соблюдая взаимную вежливость. Правила внутренней культуры поведения врача формируются еще в семье и школе. Внешний вид отражает его внутреннюю культуру и самодисциплину.

Для достижения высокого уровня качества лечения исключительно важным является характер отношений, который устанавливается при первом контакте пациента с врачом. Только тот специалист может рассчитывать на успех лечения, который учитывает индивидуальные и личностные особенности пациента. Пациент чутко прислушивается к каждому слову врача, ощущает его оптимизм, особенно в критические минуты, что дает возможность ему уверовать в успех лечения, преодолеть все трудности на пути к выздоровлению.

Нужно помнить и о том, что поведение пациента во время лечения напрямую связано с его психоэмоциональным состоянием. Если манипуляции врача вызывают у пациента такие реакции, как тревога, чувство страха, напряженность мышц тела, то он нуждается в предварительных специальных этических и психологических мероприятиях. Для налаживания контакта со своим пациентом врачу необходимо установить с ним вежливые и доверительные отношения. Этому способствуют определенный стиль поведения, манера говорить, умение подобрать нужные слова, способствующие снятию накопившегося эмоционального напряжения. Тактику налаживания контакта с пациентом следует подбирать в зависимости от уровня культуры, психосоматического статуса, определяющегося

возрастом, темпераментом, личностными качествами, особенностями поведения и настроением. Создать комфортную обстановку для лечения помогает простая доверительная беседа с пациентом.

В рамках волонтерской деятельности студенты-медики помогают среднему медицинскому персоналу. Помимо овладения техникой манипуляций они еще и знакомятся со структурой лечебных учреждений, учатся особенностям общения с пациентами. Во время подобного взаимодействия с пациентами у волонтера-медика вырабатывается собственный стиль общения, который позволит установить доверительный контакт с пациентом.

Автором статьи в 2017 г. было проведено анкетирование. Осуществлен опрос респондентов, среди посетителей медицинских учреждений от 18 до 65 лет ($N = 100$), женщин — 59 (%), а мужчин — 28%. Из них от 18 до 25 лет — 41%, 26–39 лет — 25%, 40–65 лет — 34%.

В целом качеством оказания медицинской помощи остались довольны 72% респондентов, 25% не удовлетворены, 3% затруднились ответить.

Качества, которыми должен обладать врач (при условии выбора трех пунктов), по мнению респондентов, расположились в следующем порядке: профессионализм (100%), коллегиальность (42%), объяснение лечения доступным языком (40%), дружелюбие (35%), внимательность (32%), терпение (30%), опрятный внешний вид (21%)

На вопрос о значимости доверительных отношений между врачом и пациентом 81% опрошенных ответили, что доверительные отношения способствуют успешному лечению, 15% респондентов сказали, что доверительные отношения не имеют значения, а 4% ответили, что доверительные отношения могут пагубно сказаться на результате лечения.

На основе проведенного исследования можно сказать, что помимо профессиональных навыков для каждого врача важно также и умение налаживать контакт, устанавливать доверительные и коллегиальные отношения с пациентом. Грамотно проведенные мероприятия по налаживанию доверительного контакта с пациентом, включающие в себя оценку культурного уровня и психоэмоционального состояния, снижают количество неблагоприятных ситуаций во время лечения.

Таким образом, волонтерский опыт во время обучения в медицинском университете позволяет получить различные навыки из категории *soft skills*, которые помогут в становлении будущего специалиста и повысят качество оказываемой им медицинской помощи.

Список использованной литературы

1. Агеева Н. А. Волонтерская деятельность как эффективное средство социализации молодежи // Экономические и гуманитарные исследования регионов. — 2015. — №. 1. — С. 69–74.

2. *Байбакова О. В.* Устранение этических проблем в стоматологии // Международный журнал экспериментального образования. — 2014. — № 4–1. — С. 41–42.
3. *Гончарова А. С., Ярунина Т. Е., Насыбуллина Г. М.* Волонтерство студенту, врачу, здравоохранению // Системная интеграция в здравоохранении. — 2011. — Т. 14. — № 4. — С. 33–38.
4. *Горячев Д. Н.* Этические аспекты взаимоотношений врача-стоматолога и пациента / *Горячев Д. Н., Бадертдинов И. И., Горячев Н. А.* // Современные проблемы социально-гуманитарных наук. — 2016. — № 4. — С. 32–33.
5. *Ермакова С. Э.* Работа в команде в системе управления бизнес-процессами медицинской организации // Вектор науки ТГУ. — 2011. — № 2. — С. 326–330.
6. *Смирнова Е. В.* Волонтерская деятельность как важное условие в формировании общих и профессиональных компетенций студентов медицинских колледжей // Итоги научно-исследовательской деятельности-2017: изобретения, методики, инновации. — 2017. — С. 479–480.
7. *Янева Р.* Экономические и этические вопросы при лечении больных // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. — 2013. — № 3. — С. 97–108.

О. А. БЕРДНИКОВА,
*к.э.н., доцент кафедры менеджмента
в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

ПЕРЕХОД ОТ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ К МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗА СЧЕТ СОКРАЩЕНИЯ НОРМАТИВНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ

Аннотация. Технологический прогресс ведет к повышению производительности и, в то же время, к экономии труда. Очевидно высвобождение производительных сил. Одним из вариантов управления данным процессом, возможно, является сокращение нормативной продолжительности рабочего времени. Высвободившееся свободное время целесообразно тратить на социальную сферу, в том числе на профилактику и диспансеризацию, спорт и здоровый образ жизни. Это приведет к сбалансированности развития производительных сил и повышению качества жизни.

Ключевые слова: экономика труда, сокращение рабочего времени, сокращение занятости, экономия труда.

На данном этапе исторического развития мы наблюдаем тенденцию перепроизводства общественных благ. Как отмечает в своих исследованиях нобелевский лауреат Ангус Дитон, мы стали жить дольше и лучше [1]. Также можно наблюдать стремительное развитие техники и технологий, которые непременно приведут к качественному изменению нашей жизни. Определенно мы стоим у порога четвертой промышленной революции [6]. Данное исследование должно предположить возможные экономические и социальные последствия грядущих изменений. Желательно, чтобы процесс был управляемым и предсказуемым.

Технологические инновации и точки возможного прорыва хорошо представлены и описаны в книге «Четвертая промышленная революция» Клауса Шваба. Он делит все мегатренды инновационного развития на следующие блоки: физический, цифровой, биологический. Физический блок включает в себя следующие перспективные направления: беспилотные транспортные средства, 3D-печать, робототехника, новые материалы. Роботизация многих отраслей стоит на грани больших и существенных изме-

нений. Это вопрос самого ближайшего будущего. Второй блок — цифровой. И он тоже косвенно связан с роботизацией. Соединение материального мира с цифровым входит в нашу жизнь все прочнее [4]. Электронные правительства, социальные сети становятся полноценными инструментами, улучшающими качество нашей жизни, влияющими на политико-правовое пространство и т.д. Также остро стоит вопрос накопления, обработки, подачи нужной информации. Снежный ком больших данных растет день ото дня. Государственные органы, например, столкнулись с гигантским неструктурированным массивом информации [7]. Время ручного управления уходит. Необходимо менять общие структурные правила. Эффективное использование и управление большим объемом информации вопрос ближайшего будущего. Биологический блок тоже грозит нам качественными изменениями. Гипотетически инновации в данной области приведут к увеличению продолжительности жизни и повышению трудоспособного возраста населения планеты.

Принимая во внимание все технологические новшества и мегатренды, мы должны быть готовы к качественному изменению в управлении. Необходимо учитывать социальные изменения, которые могут повлечь все технологические прорывы. В любом случае очевидны некоторые тенденции, которые нельзя игнорировать. Первое: население планеты будет возрастать, продолжительность жизни трудоспособного населения — увеличиваться. Что скорее всего будет приводить к повышению пенсионного возраста по всей планете. Второе: производство материальных благ становится производством без людей. То есть роботизация приведет к уменьшению занятых в сфере производства материальных благ. Мы предполагаем, что все же население планеты будет расти меньшими темпами, чем повышение производительности труда вследствие внедрения роботехники. Примерно те же тенденции присутствуют и в сфере услуг [5]. Третья тенденция: налицо высвобождение свободного времени. Причем чем более развита экономически страна, тем большим свободным временем обладают ее граждане [5].

Таким образом, мы можем говорить о разумной потребности в сокращении рабочего времени и перераспределении его на другие направления. Наверное, многие прорывы качественно изменят нашу жизнь не только в экономическом плане, но и в социальном, психологическом. Если высвобождается такой ресурс, как время, он должен быть качественно использован. В первую очередь разумно, в том числе в рамках государственного управления, направить его на диспансеризацию, спорт, активный и здоровый образ жизни.

Однако все ли люди готовы будут использовать высвободившееся время на пользу и по назначению? Здесь интересным является наложение исследований лингвистов и историков. В древнейших индоевропейских текстах

обнаруживаются представления о сбалансированной социальной структуре, состоящей из трех частей: *ораторес* (ораторов), *беллаторес* (воинов) и *лаволаторес* (производителей). Каждую из этих социальных групп репрезентируют соответствующие архетипы, выражающиеся в особенных божествах для воинов, жрецов и производителей и продолжающие влиять на общеславянское коллективное бессознательное [2].

Если мы будем использовать данную классификацию, то можно предположить, что для части населения (воинов) в приоритете будет спорт, который можно считать элементом профилактики. Для группы ораторов (или так называемых жрецов, куда можно отнести все политические, социологические, педагогические трудовые ресурсы) будет актуальна идея профилактики, диспансеризации с элементами пропаганды здорового образа жизни. Сложнее всего предсказать поведение *лаволаторес* — производителей. В данном случае возможно вмешательство государства. В случае сокращения нормативной продолжительности рабочего дня целесообразно попробовать закрепить освободившееся время за различными сегментами социальной сферы, в том числе за обязательным спортивно-профилактическим сектором общественного здоровья. Таким образом, будет поддерживаться здоровье населения планеты. Будет осуществлен переход от постмедицинского обслуживания к предиктивной медицине. Это, с одной стороны, даст дополнительные рабочие места, с другой — позволит сохранять трудоспособность и высокое качество жизни до глубокой старости.

Следующим необходимым элементом развития качества трудовых ресурсов можно назвать образование и самообразование. Возможно дополнительное образование и повышение квалификации. Мир быстро меняется, многие профессии становятся ненужными. Любой человек должен обладать несколькими профессиями для адаптации в меняющемся мире. В этом направлении есть еще огромный плюс, саморазвитие, а также дополнительное образование может привести к новым технологическим прорывам на стыках разных наук. Мы все знаем гениальный опыт Японии, когда ежедневная практика улучшений привела к повышению конкурентоспособности товаров, а также к новым открытиям и легла в основу японского экономического чуда [3]. Третье направление — это социальная и общественная работа. Нет лучшего фактора создания лояльности, чем вовлечение. Для государства это означает, что граждане, проводящие социальную или благотворительную работу, начинают чувствовать причастность, относиться к обществу, как к своему. Это как решает политические противоречия, уменьшает сопротивление реформам, так и повышает экономические показатели.

Технологические инновации внедряются в нашу жизнь ежедневно. Трудоемкое производство как путь к процветанию может начинать ис-

чезать и уже исчезает [8]. Качественный скачок развития технологий может привести к существенным изменениям в экономическом, социальном, политическом устройстве мира. Возможно, нужно пересмотреть правила игры. Предпосылки к сокращению рабочего времени есть давно, эта тенденция идет на протяжении развития человека труда. В данной текущей ситуации нужно учитывать тенденции, сохранять процесс управляемым и извлекать максимальные преимущества для экономического и социального процветания.

Список использованной литературы

1. *Дитон А.* Великий побег: здоровье, богатство и истоки неравенства. — М.: Изд-во Института Гайдара; Фонд «Либеральная миссия», 2016. — 368 с.
2. Образы славянского самосознания в индоевропейской идеологической парадигме / А. Н. Лазарев. — Всемирная задача славянства. Труды Юбилейного Всеславянского съезда. 26 мая — 3 июня 2017 г.; составитель и отв. ред. О. А. Платонов. — М.: Русская цивилизация, 2017. — 1072 с.
3. Практика Дао Тойота: руководство по внедрению принципов менеджмента Toyota / Дж. Лайкер, Д. Майер. — М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. — 584 с.
4. Просто о больших данных / Д. Гурвиц, А. Ньюджент, Ф. Халпер, М. Кауфман. — М.: Эксмо, 2015. — 400 с. — (Библиотека Сбербанка. 58).
5. Сокращение рабочего дня как основание современного экономического развития / под ред. А. В. Золотова. — СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2016. — 198 с.
6. Четвертая промышленная революция / К. Шваб. — М.: Эксмо, 2016. — 208 с. — (Библиотека Сбербанка. Т. 63).
7. Эффективное правительство для нового века: реформирование государственного управления в современном мире / Р. Абучакра, М. Хури. — М.: Эксмо, 2016. — 288. — (Библиотека Сбербанка. 62).
8. The rise of the robots. Technology and the threat of mass Unemployment / Martin Ford.

Ю. С. КОЛЕСНИКОВА,
*к.э.н., доцент кафедры управления
человеческими ресурсами ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РЫНКА ТРУДА МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Аннотация. В статье рассматривается проблема дефицита кадров в системе здравоохранения. Анализируются статистические показатели обеспеченности врачами по регионам РФ с нормативными показателями, определяются дефицитные и профицитные регионы по обеспеченности медицинским персоналом. Обосновывается связь данного показателя с численностью населения в регионе; миграционной привлекательностью региона; наличием высших учебных заведений по подготовке медицинских кадров. Определяется миграционное поведение врачей. Рассматривается дисбаланс рынка труда по медицинским специальностям в Республике Татарстан.

Ключевые слова: рынок труда, миграция, обеспеченность медицинским персоналом.

Рынку труда в условиях открытой экономики свойственны определенные дисбалансы, что наблюдается на рынке труда медицинских работников. Качество медицинской помощи населению напрямую зависит от обеспеченности территории кадрами и степени их трудовой загруженности (коэффициента совместительства и совмещения). В конечном итоге данные показатели влияют на качество жизни населения и репутацию региона.

Средняя обеспеченность врачами всех специальностей в 2016 г. по России составила 46,4 на 10 000 населения. Аналогичный показатель по среднему медицинскому персоналу составляет 104,8 [1]. При этом существует дисбаланс обеспеченности медицинским персоналом как в территориальном разрезе, так и в разрезе специальностей. Кроме того, при дефиците врачей, работающих в амбулаторно-поликлинических медучреждениях, и дефиците сотрудников скорой медицинской помощи имеется переизбыток врачей, работающих в стационарах.

Нормативный показатель обеспеченности врачами составляет 41 на 10 000 населения [1]. Таким образом, при том, что норматив выполняется в целом по России, он не выполнен в 26 регионах РФ в 2016 г. Определяющими факторами выполнения нормативного показателя, по нашему мнению, являются:

- численность населения в регионе;
- миграционная привлекательность региона;
- наличие высших учебных заведений по подготовке медицинских кадров.

Так, в 2016 г. наиболее дефицитными регионами по обеспеченности врачами стали Владимирская область (−7,1), Вологодская (−6,2), Псковская (−6,2), Чеченская республика (−12,9), Республика Марий Эл (−5,1), Курганская область (−11,7). Данные регионы являются также регионами миграционного оттока населения [3]. Причем отток населения в данных регионах можно классифицировать как средний, в то время как регионы сильного оттока населения (Дальневосточный федеральный округ) не испытывают дефицита во врачах. Это объясняется тем, что отток населения опережает темпы оттока медицинского персонала, кроме того, Дальневосточный федеральный университет осуществляет подготовку медицинских кадров. Профицитными территориями по обеспеченности врачами являются Дальневосточный федеральный округ и Сибирский федеральный округ, Республика Мордовия (+12,6), Республика Северная Осетия — Алания (+25,6), Астраханская область (+20,4), г. Санкт-Петербург (+36,5).

Профицитные территории имеют на своей территории высшие учебные заведения по подготовке врачей. В связи с чем можно констатировать, что национальной особенностью регионов России является более низкая склонность к миграции, чем в среднем в развитых странах мира; программы, реализуемые для усиления мобильности врачей, как, например, «Земский доктор», «Земский фельдшер», не обеспечивают в полной мере усиления миграционных потоков медицинских работников. Кроме того, численность населения России за шесть лет выросла на 3,8 млн человек (из них на 2,3 млн человек за счет жителей Республики Крым и Севастополя), или на 2,7%, и на 1 января 2018 г. составила 146,9 млн человек. Суммарный коэффициент рождаемости увеличился с 1,69 в 2012 г. до 1,78 в 2015 г. По этому показателю Россия обогнала многие развитые страны. С 2013 г. ежегодно проходят диспансеризацию более 20 млн человек [5, с. 121–123].

Данные факты говорят о необходимости стимулирования миграционных процессов за счет дополнительных программ и регионального перераспределения медицинских учебных заведений. Востребованность врачей в регионах России в целом остается на высоком уровне, что снижает их склонность к миграции.

Существует также дисбаланс в распределении врачей по группам специальностей.

По данным Министерства здравоохранения Республики Татарстан, ощущается особая нехватка лор-врачей, офтальмологов, участковых тера-

педвтов, педиатров, врачей школ и детсадов. Амбулаторно-поликлинические учреждения города Казани обеспечены кадрами всего лишь 69,8% [3]. В 35 специальностях из 58 ощущается кадровый дефицит. Однако за последние пять лет в медучреждения Казани приходит на работу в 3 раза меньше выпускников медвузов — 50–60 человек. Проблема дефицита врачей рождает не менее актуальную проблему их загруженности. К примеру, на 129 ставках в РТ работают 39 врачей-патологоанатомов, то есть в среднем по 3,3 ставки на врача. Проблема кадрового дефицита особенно ошущима в Альметьевске, Набережных Челнах и Казани [3]. Большой объем невыявленного совмещения и совместительства среди врачей, данные которого необходимы для оценки ситуации и расчета емкости рынка труда медицинских работников и их ожиданий по среднемесячному доходу.

Таким образом, проблема дефицита кадров в системе здравоохранения в настоящее время носит обширный характер и требует системного подхода при ее разрешении. Данная тенденция наблюдается практически по всей России, однако в Татарстане в последние годы имеет все более острое проявление. Проблема кадрового голода в здравоохранении объясняется низким уровнем заработных плат, особенно на начальном этапе работы в данной сфере, что и служит причиной увольнения на первом году работы. Государственные учреждения здравоохранения не могут по уровню заработных плат конкурировать с коммерческими, в итоге, приобретая минимальный опыт в государственных клиниках, работники переходят в частные. Достаточно остро стоит вопрос жилищной обеспеченности у медиков, так как при достаточно низких заработных платах конкурентным преимуществом работодателя может стать возможность получения жилья. Для преодоления дефицита кадров необходимо трансформировать систему высшего образования, кадровая политика должна учитывать демографические сдвиги и миграционные процессы. В системе здравоохранения знания и умения персонала, интеллектуальный капитал играют важнейшую роль при оказании медицинских услуг. Здравоохранение в Республике Татарстан традиционно оставалось на высоком уровне благодаря высокопрофессиональным кадрам, проблема кадрового дефицита должна быть разрешена для сохранения высокой репутации региона в медицинской сфере.

Список использованной литературы

1. Леонид Рошаль: дефицит медицинских кадров — это общегосударственная проблема // Медицинская Россия. — 05.08.2017. URL: <https://medrussia.org/7549-deficit-medicinskikh-kadrov/#&hcq=5Jz3cPqid> (дата обращения: 22.03.2018).

2. Миграция населения в России по регионам: коэффициент и численность человек. Переезд в другой регион/область. URL: <http://www.statdata.ru/migraciya-naseleniya-v-rossii-po-regionam> (дата обращения: 22.03.2018).
3. Министр здравоохранения РТ: «В республике колоссальная нехватка врачей». URL: <http://www.kazan.aif.ru/health/article/32563> (дата обращения: 22.03.2018).
4. Распределение численности врачей по отдельным специальностям. Федеральная служба статистики. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_34/IssWWW.exe/Stg/04-09.doc (дата обращения: 22.03.2018).
5. *Тарасенко Е. А., Хорева О. Б.* Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях // Вопросы государственного и муниципального управления. — 2016. — № 4. — С. 117–139.

В. Н. РОГОЖНИКОВА,

*к. ф. н., науч. сотрудник кафедры философии и методологии экономики
экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва*

ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВОГО ТРУДА¹

В настоящее время тема здоровья очень популярна и в России, и на Западе. Конечно, различаются аспекты проблемы здоровья, здорового образа жизни, которые интересуют россиян и, скажем, жителей Нидерландов. Тем не менее здоровье является определяющей ценностью современного общества, поскольку от того, насколько человек здоров, зависит его благополучие и в других сферах жизни. И наоборот, все, чем мы занимаемся и кем являемся, оказывает влияние на наше здоровье.

Труду мы посвящаем большую часть нашей взрослой жизни. Самореализация и саморазвитие, социальные контакты тесно связаны с нашей работой. Следовательно, сфера труда является одной из наиболее важных для нас. Проблема сохранения здоровья на работе, или проблема здорового труда, поэтому представляется весьма актуальной. С нашей точки зрения, данная проблема нуждается в философском рассмотрении, поскольку и здоровье, и труд — это сложные и дискуссионные понятия и феномены.

Таким образом, цель нашей работы — сформулировать философские основания здорового труда. Для реализации цели необходимо решить следующие задачи: 1) рассмотреть существующие определения здоровья и труда; 2) выявить соотношение здоровья и труда в рамках профессиональной деятельности.

Для решения перечисленных задач и достижения цели нами были проанализированы существующие на данный момент подходы к определению здоровья и труда. В основе этих подходов лежат определенные представления о природе человека, что выводит проблему на философский уровень. В настоящее время и здоровье, и труд определяются комплексно, что позволяет исследователю выбирать тот или иной подход в зависимости от поставленной цели. Интересно, что определять понятие здоровья можно не только в рамках медицины, но также и с точки зрения экономики и философии (см. [1; 2; 8]). Что касается труда, то в определении

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-010-00686.

этого термина сочетаются экономический, философский и даже физический аспекты (см. [4; 5; 6; 9; 10]). Следовательно, и здоровье, и труд — предмет междисциплинарных исследований. Отсюда методологическая задача философии по выстраиванию теоретического и практического взаимодействия этих дисциплин. Однако для нас в данной работе важно понять, как взаимодействуют сфера труда и сфера медицины, в частности, как можно определить понятие и сформулировать условия здорового труда.

В научной литературе на стыке медицины, психологии, экономики труда используется понятие профессионального здоровья (введено Дж. Эверли в 1980-х, в России — В. А. Пономаренко в 1992 г.) как клинико-психофизической системы, обеспечивающей нормальное функционирование организма, а также поддержание психофизических качеств, устойчивость к особенностям профессиональной среды и специфике труда, надежность последнего. На наш взгляд, это определение необходимо дополнить, приняв за основу современное представление о компонентах здоровья, к которым относятся не только физические и психические показатели, но также особенности личной и социальной жизни работника. Кроме того, человек лишь часть жизни — пусть и самую существенную — проводит в рабочем коллективе, но в остальном он является гражданином своей страны и участником экономических и политических процессов. Следовательно, к профессиональному (и не только) здоровью имеет отношение политический строй, особенности идеологии, положение с правами и свободами граждан в конкретной стране. Это тем более верно, что политические процессы оказывают непосредственное влияние на труд во всех сферах жизни — от преподавателя высшей школы до продавца.

Проблема современного подхода к здоровью и труду заключается в том, что сегодня господствует экономическое понимание и здоровья, и труда, в то время как эти сферы жизни и дисциплинарные области нуждаются в более гуманистическом, философском осмыслении. Так, и здоровье, и труд нередко понимаются как максимально возможная эффективность организма. Об опасности экономической интерпретации здоровья отмечается в статье «Concepts of Disease And Health» Стэнфордской энциклопедии философии (см. [8]): уже сегодня теория здоровья слишком близка к теории благосостояния. Что касается проблемы труда, то достаточно вспомнить теорию человеческого капитала Т. Шульца и Г. Беккера (см. [7; 11]).

В этом контексте нам представляется важным рассматривать здоровый труд как прежде всего свободный труд. Естественно, свобода человека не может быть бесконечной — наша психика, наше тело, наше мировоззрение суть границы, из которых наиболее лабильной является последняя. Под свободой в данном контексте мы понимаем взаимосвязь следующих факторов:

1) *субъективных*: желание и способность сознательно относиться к своему здоровью и своему труду (например, уметь отдыхать); понимание своих возможностей и их границ, умение использовать эти возможности и примиряться с ограничениями, если они объективно непреодолимы; желание развиваться в выбранной области, получать удовольствие и радость от труда;

2) *объективных*: отсутствие политического (идеологического) давления на трудящегося человека, возможность выбирать цель и средства своего труда; работа не ради выживания, а ради самореализации и саморазвития; доступ к различным качественным средствам поддержания своего здоровья (медицинские услуги, спорт, лекарства, помощь психолога или другого специалиста по работе с такого рода проблемами); доступ к средствам саморазвития (информационным ресурсам различного типа, новейшим технологиям, средствам коммуникации, зарубежным стажировкам и т.д.).

По нашему мнению, в концепции здорового труда должны отражаться все аспекты жизнедеятельности человека. В настоящее время труд по большей части не является свободным, а значит, здоровым. Однако множественность условий, в которые погружен труд современного человека, позволяет говорить о различных степенях этой свободы — от наименьшей его степени (рабство) до наивысшей, удела немногих.

В заключение следует отметить, что свобода — конечно, *одно* из условий здорового труда, но это *важнейшее* условие. Мы не отождествляем здоровье со свободой, но говорим, что в определении здоровья участвует и свобода. Через понимание феномена свободы мы можем прийти к новой трактовке здоровья и труда как явлений, погруженных в контекст социального и индивидуального бытия человека.

Список использованной литературы

1. Здоровье // Энциклопедия по истории медицины, 2018. URL: <http://www.historymed.ru/encyclopedia/pointer/index.php?let=%C7>
2. Определение понятия и критериев здоровья // Медицинский портал eurolab. URL: <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/3863/34966/>
3. *Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш., Стародубцева Е. Б.* Современный экономический словарь. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2011.
4. Толковый словарь физических терминов. URL: <http://www.physics.org.ua/info/voc/a.html>
5. Труд // Новая философская энциклопедия. В 4 т. 2-е изд. — М.: Мысль, 2010. URL: <https://iphlib.ru/greenstone3/library/collection/newphilenc/document/HASHec844f259e43810ee4f8ec>
6. Труд // Философский энциклопедический словарь, 2010. URL: <http://philosophy.niv.ru/doc/dictionary/philosophy/fc/slovar-210-2.htm#zag-2782>

7. *Becker G.* Human capital // The Concise Encyclopedia of Economics, 2008. URL: <http://www.econlib.org/library/Enc/HumanCapital.html>
8. Concepts of Disease And Health // Stanford Encyclopedia of Philosophy. URL: <https://plato.stanford.edu/entries/health-disease/#Hea>
9. Labor // Economics A-Z terms. The Economist, 2018. URL: <https://www.economist.com/economics-a-to-z/1>
10. Labour // English Oxford Living Dictionaries, 2018. URL: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/labour>
11. *Schultz Th. W.* Human Capital: Policy Issues and Research Opportunities // Economic Research: Retrospect and Prospect, Volume 6. Human Resources. — 1972. — P. 1–84.

Е. В. РОЖКОВА,
доцент кафедры управления
Института экономики и бизнеса ФГБОУ ВО «УГУ»,
г. Ульяновск

МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Аннотация. В статье анализируются причины ухудшения уровня общественного здоровья в России, выявляется проблематика массовизации процессов самолечения населения. Обосновывается актуальность роста медицинской грамотности населения как составляющей современной профилактической деятельности.

Ключевые слова: профилактика, общественное здоровье, медицинские услуги, медицинская грамотность.

Приоритетным направлением развития здравоохранения в мире все четче определяется профилактическая деятельность. Приоритет профилактической медицины призван обеспечить переход от концепции «медицины самочувствия» к концепции «экономики здравообеспечения» [3].

Вместе с тем за прошедшее десятилетие результатом реформ российской системы здравоохранения стало:

- сокращение числа медицинских организаций;
- увеличение нагрузки на работников сферы здравоохранения;
- увеличение объема предоставляемых платных медицинских услуг.

В конечном итоге доступность услуг медицинских учреждений — территориальная, временная, экономическая — существенно сократилась. По итогам Комплексного обследования условий жизни населения, проводимого Федеральной службой государственной статистики РФ [1], в 2016 г. проблему недоступности медицинских услуг отметил почти каждый третий опрошиваемый (26,9% респондентов). Особенно остро проблема доступности проявляется в сельской местности — ее отмечают более 37% опрошенных. Проблему сельчан усиливает большая отдаленность аптек (47,6% респондентов из сельской местности, тогда как в городе проблему отмечают лишь 8%), а также плохая организация работы общественного транспорта (это отмечают 39,4% сельчан и лишь 29,9% горожан).

На фоне общего снижения доступности услуг организаций системы здравоохранения констатируется рост заболеваемости населения.

Согласно вышеуказанному Комплексному обследованию условий жизни населения, состояние своего здоровья в 2016 г. оценивают уровнем от «удовлетворительное» до «очень плохое» 57% респондентов (в сельской местности — более 60%). При этом хроническими заболеваниями страдает четверть опрошенных (распространенность хронических заболеваний составляет 26,2%).

В структуре потребительских расходов домохозяйств с 2010 по 2016 г. расходы на здравоохранение на втором месте по приросту (4%, выше рост только у расходов на продукты питания и одежду — на 8%), притом что на подавляющее большинство направлений (образование, организация отдыха и пр.) расходы населения сократились.

Одновременно наблюдается сокращение реальных доходов населения и рост численности людей, чьи доходы ниже прожиточного минимума.

Ухудшение экономической ситуации и рост нестабильности условий жизнедеятельности последних лет явились значимой причиной роста заболеваний нервной системы и системы кровообращения.

Усугубляет положение дел и рост расходов населения на «вредные привычки» — по данным указанного Комплексного обследования, в 2016 г. рост расходов на покупку алкоголя и табачных изделий стоит на третьем месте по величине (3% за год). Такого рода тенденция, как правило, характерна для периодов кризиса — некоторые люди пытаются таким образом «компенсировать» стрессовое состояние, временно из него выйти. Конечно, активный отдых — гораздо более эффективный вариант борьбы со стрессом, однако Комплексное обследование показало, что у людей не столько отсутствует желание заниматься активным отдыхом (21,1% опрошенных), сколько нет времени на этот отдых (53,4%). У сельчан проблемы усугубляются низкой территориальной доступностью мест для занятий — на это указали 28,8% респондентов из села, тогда как среди горожан такую проблему испытывают 4,5% опрошенных.

Действительно, более половины респондентов (60,2%) показали, что вынуждены работать на основной или дополнительной работе в выходные и/или праздничные дни. Вообще люди испытывают сложности с нахождением подходящей работы — свой ответ обозначили как «довольно сложно» 78,2% опрошенных.

Таким образом, ухудшение условий жизни населения (падение доходов, проблемы с работой и пр.), повышение уровня стресса, дефицит свободного времени ведут к снижению уровня общественного здоровья. Отмеченная тенденция снижения доступности медицинских услуг, накладываясь на указанную проблематику, формирует феномен массовизации процессов самолечения. Согласно указанному Комплексному обследованию, каж-

дый третий опрошенный (33%) предпочел не обращаться за медицинской помощью при наличии такой потребности. Из них 29% — по причине недоверия к качеству работы медицинской организации, но гораздо больший процент — 52,9% — ввиду предпочтения самостоятельного лечения.

Особо подчеркнем, что катализатором процесса массовизации самолечения, несомненно, выступает крайне активная и зачастую весьма агрессивная реклама лекарственных средств. Если в отношении табака и алкоголя на законодательном уровне существуют ограничения на рекламу, то, к сожалению, в отношении продукции фармакологических компаний таких ограничений практически нет. Исследователи данной проблемы полагают, что можно говорить о наличии в нашей стране такой нозологии, как «лекарственная болезнь», а сегмент отравлений лекарственными средствами необходимо рассматривать как фактор социальной напряженности и неблагополучия [2].

В таких условиях, на наш взгляд, на первое место должна выходить медицинская грамотность как составляющая современной профилактической деятельности.

Медицинская грамотность, по нашему мнению, — это совокупность знаний и компетенций в сфере медицины, позволяющая человеку принимать и осуществлять обоснованные решения по мониторингу и повышению уровня своего здоровья с учетом жизненных событий и экономических условий.

Иными словами, медицински грамотный человек должен иметь набор знаний как о здоровом образе жизни, так и о показателях собственного здоровья — нормативных и реальных, их динамике, владеть навыками самостоятельного определения ряда показателей (например, измерение артериального давления), знать об организациях, работающих в сфере укрепления здоровья, их специфике, месторасположении, условиях оказания услуг и т.д.

Список использованной литературы

1. Комплексное обследование условий жизни населения // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/kouz/survey0/index.html
2. Лагуткина Т. П., Аксенова П. М., Саломатин Е. М. Отравления лекарственными средствами как индикатор социальной напряженности и социального неблагополучия // Судебно-медицинская экспертиза. — 2011. — № 4. — С. 23–26.
3. Основы экономики здоровья населения России: монография / Г. Н. Арустамян, О. А. Багуцкая, Б. И. Бояринцев и др.; под ред.: Е. В. Егорова, В. А. Морозова. — М.: Креативная экономика, 2012.

Ю. А. СТЕПАНОВА,
к.м.н., ст. науч. сотрудник ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А. В. Вишневского» Минздрава России,
г. Москва

А. М. ЧИЛИЛОВ,
к.э.н., науч. сотрудник ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А. В. Вишневского» Минздрава России,
г. Москва

ВРАЧ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ — НОВЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА?

Аннотация. Рассматриваются организационные и экономические вопросы работы врачей общей практики в современных экономических условиях. Формулируются рекомендации по улучшению работы по предоставлению медицинской помощи населению и повышению качества предоставления медицинских услуг.

Ключевые слова: первичное звено, квалификация, медицинская помощь, финансы, нормы и нормативы.

Здравоохранение наряду с образованием является одной из ключевых отраслей сферы услуг, и поэтому вопросы состояния и пути решения накопившихся в отрасли проблем рассматриваются в экономической литературе, активно исследуются учеными разных специальностей [5]. Часто понятие «врач общей практики» не отделяется от понятия «семейный врач». С одной стороны, это оправданно, так как эта формулировка пришла к нам с Запада, где врач общей практики, по сути, является семейным врачом, часто оказывая медицинскую помощь и давая консультации всей семье: от мала до велика. Больше того, в российских нормативных документах специальность обозначена буквально так: врач общей практики (семейный врач). Однако надо понимать, что, учитывая особенности организации национальной системы оказания медицинской помощи, говорить о существовании на практике у нас семейного врача не придется. Уже хотя бы потому, что существует специализация «Педиатрия» и педиатрическая служба с мощной и разветвленной сетью детских поликлиник и стационаров и соответствующими специализациями и врачеб-

ными должностями. В настоящее время в России действует исторически сложившаяся система врачебных специализаций и должностей, на которую имеет смысл ориентироваться. Возможно, в сельской местности участковый врач-терапевт, вынужденный реагировать на жалобы пациента вне зависимости от его возраста, на практике и приближается к сути семейного врача, но в городской государственной системе здравоохранения правильно ограничиваться формулировкой — врач общей практики без приставки «семейный» [2].

Первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы Татьяна Мухтасарова так ответила на вопрос, почему возникла необходимость переучивать обычных терапевтов во врачей общей практики: «Развитие первичной медико-санитарной помощи населению — одно из основополагающих направлений Государственной программы г. Москвы «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)». Чаще всего москвичи, нуждающиеся в медицинской помощи, обращаются за помощью к участковым врачам. В большинстве случаев для диагностики и лечения пациента участковый направляет его к нескольким узким специалистам, посещение которых может занять длительное время и чаще всего сводится к проведению разовой консультативной помощи. Загруженность узких специалистов значительно возрастает, а участковый врач, помимо выполнения основных профессиональных компетенций, оказывается диспетчером по распределению пациентов к другим специалистам. При этом практически отсутствуют профилактическая работа и диспансеризация. В результате неудовлетворенными оказываются и пациенты, и врачи. Как следствие, снижается престиж участкового врача» [6].

Вроде логичное объяснение решения назревших проблем первичного звена нашего здравоохранения. Чем же, по мнению Т. Мухтасаровой, эта должность функционально отличается от обычных участковых? «Функциональные обязанности врача общей практики многогранны: диагностика, лечение, профилактика, реабилитация больных, организационные мероприятия, решение психологических проблем и т.д. Это специалист, имеющий широкий спектр знаний в разных областях медицины, который позволяет ему диагностировать и лечить многие заболевания, оказывать многопрофильную непрерывную первичную медицинскую помощь конкретному пациенту, его семье и прикрепленному населению (взрослому или детскому) независимо от пола и характера заболевания. Для выполнения своих основных обязанностей он должен обладать большим перечнем профессиональных компетенций: знаний, умений и, самое главное, практических навыков. Но это вовсе не означает, что в конечном итоге врачи общей практики вытеснят участковых и какие-то другие специализации. Семейный доктор может только выявить заболевание, оказать по-

мощь на ранней стадии его развития, провести профилактику, но сложные случаи все равно останутся в ведении узких специалистов. Поэтому можно однозначно сказать, что врачи общей практики значительно разгрузят, но не заменят узких специалистов».

Звучит очень уверенно и оптимистично. Но так ли это?

Продвигая идею врача общей практики, нам много говорят о том, что все это уже было. Были в XIX в. земские семейные врачи, которые лечили всю семью от мала до велика, начиная с рождения, ото всех заболеваний. То есть специалисту (врачу общей практики) нужно обладать знаниями и навыками в области терапии, кардиологии, неврологии, оториноларингологии, дерматологии, офтальмологии и в других медицинских сферах. В современных условиях именно на решение данной задачи и направлена модернизация здравоохранения [4]. Прежде всего проводится реформирование системы образования (медицинского и дополнительного профессионального), а также порядка определения и подтверждения квалификационного уровня. Выполнение данной меры становится возможным посредством реализации государственных и корпоративных программ повышения квалификации медицинских работников. Согласно государственной стратегии, начиная с 2017 г. на базе федеральных и региональных медицинских центров и вузов организована регулярная переподготовка врачей. При этом специалист с помощью образовательного сертификата сможет сам выбрать, где и как повысить свою квалификацию.

Проанализируем объем знаний, необходимых для оказания медицинской помощи земскому врачу. Не только в начале XIX столетия, но и в его середине величина средней продолжительности жизни во многих странах не превышала 40 лет. В середине XIX в. она составляла для Англии 33 года, для Бельгии — 32 года, для Голландии — 34 года. Во Франции в 1861—1865 гг. она была равна 39,8 года. В России в 1896—1897 гг. средняя продолжительность жизни равнялась 32 годам. Таким образом, вплоть до конца XIX в. люди жили очень мало. В настоящее время мы можем очертить круг заболеваний, которыми страдали пациенты в то время, учитывая их молодой возраст. Были широко распространены туберкулез, малярия, оспа, коклюш, чесотка, различные уродства, нервные болезни, артриты, абсцессы, гангрены, язвы, опухоли, шанкры, экзема (огонь св. Лаврентия), рожистое воспаление (огонь св. Сильвиана). Обычными спутниками всех войн были дизентерия, тиф и холера, от которых вплоть до середины XIX в. гибли значительно больше солдат, чем от сражений [7]. Основными формами оказания медицинской помощи в условиях земской медицины конца XIX в. были сельская участковая больница; уездный и губернский санитарный врач (бюро); уездный и губернский съезд земских врачей. Основными профессиональными обязанностями земского врача являлись оказание медицинской помощи сельскому населению в губерниях

и уездах, родовспоможение, борьба с заразными заболеваниями, в том числе оспопрививание, санитарный надзор и практические санитарные мероприятия, санитарная статистика, распространение гигиенических знаний, забота о положении врачебного персонала в земствах. Земский врач был не только врачом, который лечил больных, но также вел работу по улучшению условий жизни населения.

11 сентября 2017 г. Минздрав России сообщил, что показатель продолжительности жизни россиян побил исторический рекорд и достиг отметки в 72,5 года. О чем это в первую очередь говорит? О том, что с возрастом число заболеваний и их разнообразие растут в геометрической прогрессии. Соответственно и значимо меняется объем знаний, необходимых врачу для качественной диагностики и лечения больных. Особой актуальностью отличаются вопросы овладения экономическими знаниями. Переход на применение системы норм и нормативов в управлении организациями здравоохранения отличается высокой трудоемкостью и требует высокой квалификации управленческого персонала не только в специальных вопросах, но и в методологии финансового планирования хозяйственной деятельности медицинских учреждений [3].

С каждым поколением на личность наваливается все более тяжелый груз знаний и впечатлений, которые были накоплены предыдущими веками и которых она не в состоянии усвоить. Развитие человечества — информационное, технологическое — непрерывно ускоряется по экспоненте. Та сумма знаний и то количество «новостей», которое накапливалось в течение всего XVI или XVII вв., теперь поставляется в одну неделю, то есть темп производства информации возрастает в тысячи раз, причем информация, накопленная всеми предыдущими временами, также непрерывно суммируется и обновляется. Так, ежедневное издание газеты «Нью-Йорк таймс» содержит больше информации, чем средний англичанин XVII в. усваивал за всю свою жизнь. Получается, что человек начала III тысячелетия вынужден за свою жизнь воспринять в десятки тысяч раз больше информации, чем его предок [8].

Величайшие библиотеки мира удваивают свои запасы каждые четырнадцать лет, то есть возрастают в 140 раз каждое столетие. В начале XIII в. библиотека Сорбонны в Париже считалась самой большой в Европе: она содержала 1338 книг. За последние 30 лет было произведено больше новой информации, чем за предыдущие пять тысяч лет. Согласно расчетам, которые приводятся в Британской энциклопедии, количество книг, издававшихся в Европе в XVI столетии, удваивалось каждые семь лет. С такой же скоростью — удваиваясь за семилетний промежуток — возрастает глобальный объем научно-технической литературы в XX в. По другим подсчетам, приводимым в книге Peter Large, объем знания, производимого в печатной форме, удваивается каждые восемь лет [10].

Все это касается и медицины. Успехи патологической анатомии к началу XIX в. выявили недостатки клинической семиотики и необходимость новых способов исследования патологических изменений внутренних органов. Отражением этого во Франции и других странах была реформа медицинского образования. Приближение преподавания медицины к постели больного заставило врача-преподавателя действовать и думать по-иному. Под влиянием развития естественных наук — физики, химии — в XIX в., особенно во второй его половине, клиническая медицина стала приобретать характер естественно-научной дисциплины. На клинические дисциплины оказало большое влияние развитие анатомии, а в середине и во второй половине XIX в. развитие экспериментальной физиологии и микробиологии. Круг знаний клинических дисциплин увеличился. Частная патология расширилась, так как в XIX в. одно за другим следовали исследования и описания новых форм болезней. Клиническая медицина в XIX в. обогатилась множеством более точных и совершенных методов диагностики. К началу XX в. диагностические возможности врача расширились в результате успехов, достигнутых микробиологией и иммунологией (методы микробиологии по выделению болезнетворных возбудителей, иммунобиологические пробы различного характера, реакции связывания комплекта, аллергические и антитоксические реакции при туберкулезе, скарлатине, дифтерии и других инфекционных заболеваниях). Усовершенствование диагностических методов способствовало уточнению клинической симптоматологии и облегчало распознавание болезней. Постепенно клиническая медицина все больше отходила от врачебной интуиции и становилась научно обоснованной дисциплиной.

Методы лечения во второй половине XIX в. также претерпели существенные изменения. В первую очередь это сказалось на лекарственной терапии. Развитие ее шло параллельно с развитием аналитической и синтетической химии. В связи с успехом физики, химии и промышленности вторая половина XIX в. характеризовалась быстрым ростом фармацевтической промышленности и медикаментозной терапии.

Во второй половине XIX в. произошла значительная дифференциация медицинских наук. Накопилось большое количество новых фактов, в результате всестороннего изучения которых значительно развились диагностические и терапевтические методы, усложнились методы обучения. Все это создало необходимость разделения медицины как науки и предмета преподавания на большее число разделов. В это время из терапии выделились в качестве отдельных отраслей медицины и самостоятельных предметов преподавания невропатология, психиатрия, дерматология с венерологией и педиатрия. Из хирургии в то же время таким же путем выделились гинекология, офтальмология и оториноларингология. Процесс

дробления основных медицинских дисциплин и выделение новых специальностей продолжается в XX в.

Конец XIX в. ознаменовался рядом открытий, оказавших большое влияние на развитие медицины и способствовавших созданию новых ее практических отраслей (например, рентгенология, эндокринология). Хирургия резко расширила возможности воздействия на болезненный процесс, выйдя за пределы прежних границ своей специальности, и завоевала видное место в клинике внутренних болезней. В конце XIX в. в ряде клинических специальностей (гинекология, урология, офтальмология) хирургический метод занял видное место наряду с терапевтическими приемами. С расширением сферы хирургического вмешательства менялся и характер его: параллельно с методами удаления или исключения больного органа развивалась восстановительная хирургия (пластические операции, протезирование). В хирургии конца XIX и начала XX в. усложнение и обогащение оперативных методов, применение сложных инструментов и приборов повысили эффективность хирургического вмешательства. При этом следует отметить, что объем мозга человека с XIX в. не изменился. И, несмотря на то что человеческий мозг, по расчетам нейрофизиологов из института Салка, может вместить в себя примерно в 10 раз больше информации, чем считалось раньше, — несколько петабайт данных, что соответствует почти всему текущему контенту интернета, и пользоваться этим, как полагают эксперты, мы пока не научились [9]. Таким образом, в настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни человека, а также с бурным развитием биологии, микробиологии и медицины в десятки раз увеличилось число нозологических форм заболеваний. Так же бурно развиваются и методы их лечения, совершенствуются фармакологические формы препаратов. Одному специалисту успевать «обновлять» знания по диагностике и лечению в терапии, кардиологии, неврологии, оториноларингологии, дерматологии, офтальмологии, а также других медицинских специальностях, с которыми может столкнуться врач первичного звена, практически невозможно.

Это не означает, что мы должны отказаться от участкового терапевта как первичного звена при обращении пациента. Ведь мы и в настоящее время гордимся тем, что в наших медицинских вузах учат клиническому мышлению, учат лечить не болезнь, а пациента. В то время как за рубежом широко распространена специализация врачей по заболеванию одного органа, одного метода, забывающих необходимость учитывать состояние всего организма больного. Но не стоит и умалять значимость узких специалистов. Алексей Погонин, заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы, при ответе на вопрос: «Много усилий прилагается для повышения квалификации участковых терапевтов, чтобы они брали на себя больше ответственности за приходящего к ним

пациента, а не направляли его при первой возможности к узким специалистам. Увенчались ли эти усилия успехом?» — так прокомментировал ситуацию: «Отмечается тенденция к снижению количества направлений от участковых врачей-терапевтов к врачам-специалистам. Это связано с уменьшением доли необоснованных направлений, повышением роли участкового врача-терапевта в организации лечебного процесса, повышением квалификации участковых врачей-терапевтов за счет непрерывного образования, усилением контроля со стороны руководителей медицинских организаций города Москвы за обоснованностью направления пациентов к врачам-специалистам» [1]. Хочется в ответ на это высказывание задать вопрос: а произошло ли это в результате уменьшения доли необоснованных обращений или квалификация врача общей практики не позволила корректно оценить ситуацию?

Список использованной литературы

1. Алексей Погонин: наблюдается тенденция к снижению количества направлений от участковых врачей к специалистам // *Московская медицина*. — 2016. — 2(9). — 11–13.
2. Как врача вы назовете // *Московская медицина*. — 2016. — 2(9). — С. 9–10.
3. *Молчанова Н. П.* Развитие инструментария финансового планирования в сфере услуг (на примере здравоохранения) // В сб.: *Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник / отв. ред. В. И. Герасимов*. — М., 2017. — С. 625–629.
4. *Молчанов И. Н.* Инновационные подходы в развитии здравоохранения // *Экономический форум «Экономика в меняющемся мире»: сб. научных статей (24–28 апреля 2017 г.)*. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2017. — С. 78–80.
5. Социально-экономические проблемы развития отдельных отраслей сферы услуг: сб. статей / под ред. Н. А. Восколович и И. Н. Молчанова. — М.: Изд-во ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова» (Экономический факультет), 2017. — 199 с.
6. Татьяна Мухтасарова: врачи общей практики разгрузят, но не заменят узких специалистов // *Московская медицина*. — 2016. — 2(9). — С. 5–9.
7. *Шевченко З. В.* Продолжительность жизни: история и прогнозы [Электронный ресурс]. URL: <http://shpargalka.net.ua/blog/prodolzhitelnost-zhizni-istoriya-i-prognozy.html>
8. *Эхпитейн М.* Политическое эхо информационного взрыва. Почему все больше людей отстает от человечества? [Электронный ресурс]. URL: <https://snob.ru/profile/27356/print/116094>
9. *Bartol Th. M. Jr., Bromer C., Kinney J.* et al. Nanoconnectomic upper bound on the variability of synaptic plasticity.
10. *Large P.* *The Micro Revolution Revisited*. — New Jersey: Rowman and Allanheld Company, 1984.

Р. А. ХАЛТУРИН,
*к.э.н., и.о. завкафедрой экономического анализа и прогнозирования
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России,
г. Москва*

ОСОБЕННОСТИ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. В тезисах рассмотрены некоторые специфические особенности кадрового менеджмента, присущие сфере здравоохранения. В тезисах отмечается важность качественной подготовки медицинского персонала и управленческих кадров для сферы здравоохранения.

Ключевые слова: менеджмент, медицинские организации, здравоохранение, кадры, руководство.

Главными целями развития и совершенствования кадрового менеджмента в здравоохранении России является привлечение квалифицированных специалистов, подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и способных эффективно применять высокие технологии и новые методы профилактики, диагностики и лечения. Проблема управления кадрами актуальна в России не только для сферы здравоохранения, но и для многих других сфер. Руководители организаций в различных сферах находятся в непоколебимой уверенности в том, что лишь они способны эффективно воздействовать на компанию и принимать правильные управленческие решения. В здравоохранении есть определенные особенности. Здравоохранение не просто отражает проблемы, оно помещает их под увеличительное стекло, это следствие внимания со стороны пациентов. В здравоохранении вы все равно что проводите каждый день общие собрания акционеров, на которых присутствуют тысячи человек. Незамедлительность оценки и прозрачность управленческого процесса можно выделить как одну из особенностей кадрового менеджмента в здравоохранении. Мало отраслей, где еще так явно заметны ошибки и промахи в подборе кадров. Любая организация, частная или государственная, хочет добиться успеха в своей сфере. Современная медицинская организация по своей структуре и критериям результативности также является моделью современного бизнеса, который стремится к успешному функционированию. В рыночных условиях медицинские ор-

ганизации вынуждены конкурировать на уровне профессиональных навыков и компетенций своих сотрудников. Для эффективного использования человеческого капитала руководству медицинской организации необходимо определить, какими сотрудниками она располагает, как развивать их потенциал, а также выстроить систему отношений внутри коллектива, сформировав эффективную команду. Здесь можно отметить следующую особенность здравоохранения — главным врачам приходится принимать то, что они не просто оказывают медицинскую помощь пациентам. Их задача теперь разработать эффективную модель управления сотрудниками и координировать действия, чтобы воплотить эту модель в жизнь, далее необходимо наблюдать и следить за результативностью, оценивать ее, пересматривать — и работать над совершенствованием сотрудников или менять их. Только таким образом может продолжаться развитие медицинской организации. В результате возникает вопрос о важности наличия специального образования в сфере менеджмента у высшего медицинского персонала.

В прошлом о подготовке менеджеров в российском здравоохранении никто не думал, медицинские организации нанимали на руководящие должности врачей с опытом. Но со временем такое положение дел подверглось пристальному вниманию, необходимо признать, что управление организацией требует наличия специальных навыков, знаний и умений. Несомненно, повышение квалификации или получение дополнительного образования по менеджменту приносят руководителям медицинских организаций значительную пользу.

Руководитель медицинской организации может упорно работать, вынашивая и планируя хорошо обдуманную кадровую стратегию, но если он не готов следить за ее эффективным внедрением и контролировать ход ее выполнения, то все его усилия останутся абсолютно оторванными от практики. Роль руководства в этом случае основополагающая, именно оно должно своим примером показывать, как идет внедрение стратегии. Контроль — прежде всего компетенция управления. Функция контроля, которую берет на себя вышестоящий руководитель, является способом узаконить свою роль и статус. Контроль никоим образом не означает сведение своей роли к простой проверке или подтверждению эффективности, это прежде всего обеспечение мониторинга, то есть предоставление помощи и советов по реализации корректирующих действий. Контроль — это не только выявление слабых сторон или ситуаций, требующих улучшения, это также и ободрение, воодушевление, умение заверить коллег в правильности их действий.

Важной составляющей кадрового менеджмента является мотивация, одна из основных функций менеджмента, посредством которой обеспе-

чивается активизация деятельности персонала и побуждение его к эффективному труду для достижения целей организации [3].

Сотрудник, который находится в хорошем моральном состоянии, чаще всего бодро настроен, лоялен и проявляет энтузиазм, а это в итоге определяет результативность деятельности медицинской организации. Поэтому руководство, стремящееся улучшить моральный климат, старается найти способы побудить людей работать с энтузиазмом и максимальной отдачей, что чрезвычайно важно для достижения успеха. Для того чтобы медицинской организации быть эффективной и тем самым обеспечить свою стабильность, ей необходимы мотивированные, заинтересованные сотрудники.

В заключение сделаем вывод: как бы хорошо ни была спланирована система управления в организации, но без хорошо подготовленных кадров сложно добиться успехов. Это подтверждает Ли Куан Ю, автор «сингапурского чуда». Его подход при формировании правительства состоял в том, чтобы поставить наиболее способных, а не наиболее преданных людей во главе наиболее важных министерств. «Это равные возможности для всех. Это система продвижения по заслугам, при которой лучшее место занимает наиболее достойный» [2]. Но государственная модель, используемая в той или иной стране, в целом специфична, и поэтому ее сложно воспроизвести в другой. «Однако в каждой государственной модели в процессе управления появляется опыт, внимательное изучение которого позволяет извлечь для других стран полезные уроки, что поможет избежать части ошибок в процессе формирования своей управленческой модели» [1]. Таким образом, грамотная работа по подбору эффективных управленческих кадров для медицинских организаций принесет положительный эффект не только на микроуровне, но и задаст новый вектор инновационного развития социальной сферы в целом.

Список использованной литературы

1. *Зельднер А. Г.* Национальная модель социально-рыночного развития России на базе смешанной экономики и механизма государственно-частного партнерства. — М.: Анкил, 2017. — С. 44.
2. *Ли Куан Ю.* Сингапурская история: 1965–2000 гг. из третьего мира — в первый. — М.: МГИМО-университет. 2010. — С. 653.
3. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности: учебник / А. Я. Кибанов, И. А. Баткаева, Е. А. Митрофанова, М. В. Ловчева; под ред. А. Я. Кибанова. — М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. — 524 с.

Л. П. ХРАПЫЛИНА,

*д.э.н., директор научно-образовательного центра социального развития,
профессор кафедры труда и социальной политики
Института государственной службы и управления РАНХиГС*

ПРИОРИТЕТЫ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Освещаются вопросы, связанные с преобразованиями в российском здравоохранении в процессе использования нового механизма организации и управления в этой сфере деятельности. Обоснована проблема подготовки управленческих кадров новой генерации, обладающих соответствующими знаниями, навыками и умениями. Представлены перспективные пути такой подготовки.

Ключевые слова: здравоохранение, модернизация системы управления здравоохранением, кадровая политика, кадры новой генерации, подготовка управленческих кадров.

Состояние здравоохранения в России, несмотря на определенные позитивные изменения в течение последних лет, характеризуется неудовлетворенностью граждан качеством медицинской помощи и услуг, условиями реализации своих законных прав и интересов в области охраны здоровья. В данном контексте сегодня этот социальный институт не соответствует в должной мере своему функциональному предназначению. Это обусловлено многими причинами политического, экономического и духовного характера, среди которых существенное значение имеет аморфность целеориентации и неадекватное ресурсное обеспечение функционирования и развития отрасли здравоохранения. Современные проблемы здравоохранения во многом связаны с отсутствием внятной кадровой политики в этой сфере, дефицитом применения в практике управленческих технологий, адекватных новым социально-экономическим и финансовым отношениям. Большинство руководителей организаций в здравоохранении имеют медицинское образование, которого в настоящее время недостаточно для управления деятельностью организации.

Особенно существенно то, что изменилась ментальность на государственном, общественном, профессиональном и личностном уровне по отношению к ценности жизни, здоровья, гуманитарной миссии медицины. Все это привело к снижению роли здравоохранения в воспроизводстве человеческих и трудовых ресурсов и падению доверия к медицинским работникам, о чем говорят результаты опросов, согласно которым доверие

к врачам и оценка их положения в обществе среди россиян снижаются (в 2017 г. эти показатели составили 36 и 32% соответственно) [1]. Об этом свидетельствует также большое число обращений к Президенту России и то, что в 25% случаев пациенты оспаривают медицинские экспертные заключения, обращаясь в суды.

Как отмечают многие специалисты науки и практики, в условиях развития экономики, основанной на знаниях, важна дальнейшая модернизация системы управления объектами здравоохранения [2]. Современные преобразования в здравоохранении следует ориентировать на применение в этой сфере новых инструментов управления, которые позволяют обеспечить достижение целей, усиливают эффективность деятельности и оптимизацию затрат, способствуют повышению качества медицинской помощи, услуг и обслуживания до уровня международных стандартов. Не надо откладывать на неопределенное будущее разработку национальных стандартов, которые будут выше международных. Для использования указанных инструментов нужны управленческие кадры новой генерации, обладающие соответствующими знаниями, навыками и умениями.

Подготовка таких управленческих кадров предполагает, что они должны в процессе обучения овладеть современными инструментами организационно-управленческой, административно-технологической и проектно ориентированной деятельности, включая комплексные подходы к организации и управлению с учетом профессионально-профильной специфики, многоаспектности деятельности, особенностей реализации государственных обязательств, предоставления социальных и сервисных услуг в разных областях здравоохранения; основами государственного, муниципального и корпоративного управления в здравоохранении с ориентацией на применение современных методов стратегического и оперативного управления, разработки программ долгосрочного планирования деятельности организаций здравоохранения, включая первичное звено; эффективными методами организации хозяйственной деятельности и управления ресурсами, в том числе финансовыми, кадровыми и инфраструктурными. У них необходимо выработать готовность и навыки управления оказанием медицинской помощи, предоставления медицинских и социально-медицинских услуг населению в новых социально-экономических отношениях, где равными субъектами должны стать организации разных форм собственности. Важным аспектом являются умения взаимодействовать с институтами бизнеса через государственно-частное партнерство, гражданского общества посредством диалога. Существенным упущением, которое надо преодолеть, является низкий уровень развития общественно-профессиональных сообществ и независимых экспертиз.

Начиная с 2015 г. в РАНХиГС при Президенте РФ реализуется программа в рамках Государственного плана подготовки управленческих кадров для организаций народного хозяйства Российской Федерации

в 2007/08–2017/18 гг., утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24.03.2007 № 177 в формате государственного задания РАНХиГС. Безусловно, пройти такую подготовку может лишь небольшая часть из числа тех, кто сегодня работает в управлении здравоохранением, особенно касательно руководителей конкретных организаций.

В марте 2018 г. в РАНХиГС при Президенте РФ состоялся первый выпуск магистров, которые обучались по программе «Организация и управление в здравоохранении» по направлению «Государственное и муниципальное управление». Магистрами были руководители крупных организаций здравоохранения, это состоявшиеся личности, несомненно, очень ответственные, осознанно поступившие на обучение по весьма сложной для них программе. Надо отдать им должное в упорстве и умении преодолевать трудности, с которыми они столкнулись в процессе учебы, овладевая новыми знаниями по новой специальности. Самым сложным стала разработка самостоятельного проекта, направленного на развитие организации, в качестве которой выступала организация, где они проходили практику. Отметим, что при поступлении на обучение по данной программе, которая пользуется большой востребованностью у абитуриентов, лишь немногие успешно справляются с тестом и принимаются на учебу. Уточним, что в тесте только те вопросы, которые не столько направлены на выявление глубоких знаний, сколько на представления о действующем законодательстве в сфере здравоохранения, приоритетах преобразований, основных мерах и ключевых показателях, которые озвучены в программе развития здравоохранения до 2020 г. В процессе обучения мы находим ответ на вопрос о незнании положений нормативных правовых актов: люди убеждены, что в этом нет практической необходимости, поскольку «все равно их никто не соблюдает». Преподавателям приходится тратить много сил, использовать разные способы активного и интерактивного обучения, чтобы убедить в обратном.

Выводы: необходимо интенсифицировать подготовку управленческих кадров для здравоохранения, изменить отношение к управлению карьерным и профессиональным ростом руководителей и лиц, включенных в кадровый резерв, внести существенные коррективы в образовательные программы, провести оценку преподавательского состава касательно его компетенций по вопросам управления в здравоохранении.

Список использованной литературы

1. Результаты опросов ВЦИОМ. URL: <http://tass.ru/obschestvo/4583735>
2. Тоцкая Е. Г., Садовой М. А. Разработка перспективных направлений подготовки кадров для инновационной деятельности в здравоохранении на основе экспертных оценок // Современные проблемы науки и практики — 2015. — № 5. URL: <https://www.science — education.ru>

А. М. ЧИЛИЛОВ,
*к.э.н., науч. сотрудник ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр
хирургии имени А. В. Вишневского»
Минздрава России,
г. Москва*

РАЗВИТИЕ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Рассматриваются вопросы трансформации трудовых отношений в современных экономических условиях. Формулируются рекомендации по упорядочению контрактной работы и повышению материальной заинтересованности медицинских работников.

Ключевые слова: трудовой потенциал, трудовой договор, квалификация, медицина, права и обязанности.

Вопросы изучения трудового потенциала как возможного количества и качества труда, которым располагает общество (трудовой коллектив) при данном уровне развития науки и техники, входят в число самых актуальных, наиболее востребованных в современных экономических условиях. В состав компонентов трудового потенциала (применительно к человеку, организации, обществу) входят здоровье, нравственность, творческий потенциал, активность, организованность и ассертивность, образование, профессионализм, ресурсы рабочего времени [3, с. 229–230]. Именно эти характеристики и должны лежать в основе организации трудовых отношений, подбора персонала, обучения, профессионального образования, подготовки и переподготовки кадров специалистов в соответствии со спросом многосекторного рынка труда.

Трудовые отношения в сфере здравоохранения характеризуются значительными специфическими особенностями, накладывающими отпечаток на формирование требований как к самим медицинским работникам, так и к работодателям. Трудовые отношения должны не только обеспечивать конституционные права работников как граждан страны, но и решать задачи работодателей. Применительно к здравоохранению как важнейшей социальной сфере необходимо учитывать еще и задачи поддержания здоровья населения страны. При рассмотрении названных проблем все большее место отводится исследованию прогнозно-плановых

аспектов деятельности медицинских организаций. Актуальные вопросы финансового планирования здравоохранения с позиции развития методологических основ применения нормативного метода в регулировании объемов предоставления услуг лечебно-профилактическими учреждениями рассматриваются в ряде научных работ (см., например, [1; 2]). Анализ эффективности системы трудовых отношений должен учитывать всю совокупность взаимосвязанных факторов и не ограничиваться размышлениями и дискуссиями по поводу «абстрактного» труда. Необходима оценка не только того, насколько трудовые отношения в здравоохранении соответствуют общепринятым (обычным) требованиям взаимоотношения работника и работодателя, но и того, насколько они удовлетворяют потребности общества с точки зрения гарантий прав на получение качественной медицинской помощи.

Здравоохранение выполняет в обществе ответственные функции. Поэтому рассмотрение накопившихся проблем в контексте решения приоритетной общегосударственной задачи по сохранению здоровья экономически активного населения обуславливает активизацию изучения специфики здравоохранения как одной из отраслей социальных услуг. Медицинские учреждения как некоммерческие организации нуждаются в формировании и проведении сбалансированной экономической политики для повышения их финансовой устойчивости, и научным сообществом разработаны соответствующие рекомендации [4, с. 41–58]. Для решения задачи по повышению продолжительности жизни населения немаловажное значение начинает приобретать предоставление оздоровительных и спортивных услуг. В этом отношении интерес представляет рассмотрение накопленного отечественного и зарубежного опыта [5]. В то же время здравоохранение как жизненно важная сфера является объектом серьезного регулирования трудовых отношений медицинского персонала и работодателей с различных позиций: с точки зрения требований к квалификации, соблюдения стандартов, протоколов и т.д.; с точки зрения установления льгот и ограничений для работников и других норм. При этом требования к квалификации медицинских работников и надлежащему исполнению ими своих обязанностей являются ключевыми. На первый взгляд это обуславливает необходимость закрепления в трудовых договорах конкретных, жестких и стабильных требований.

Действительно, конкретизация прав и обязанностей работников в трудовом договоре является вполне логичной, что получило свое отражение в рамках эффективного контракта как конкретизированного трудового договора. Однако прогресс в медицинских технологиях создает необходимость постоянного обновления знаний и квалификации медицинских работников, что предполагает отражение новых требований в трудовых договорах, должностных инструкциях и т.п. В условиях, когда трудовые

договоры с медицинскими работниками носят, как правило, бессрочный характер, это означает необходимость постоянного внесения в них соответствующих изменений. Таким образом, система трудовых отношений с работниками, фиксируемая в трудовых договорах, должностных инструкциях и других документах, является статичной и достаточно жесткой. В связи с этим нынешняя система оформления трудовых отношений представляется неэффективной с этой точки зрения и нуждается в модернизации.

В значительной степени решить эту актуальную проблему позволяет придание системе трудовых отношений динамичного характера. Система регламентации деятельности работника должна осуществляться преимущественно не путем установления жестких требований в трудовом договоре, должностных инструкциях (нуждающихся в периодической коррекции), а путем установления ссылок на документы, требования которых необходимо соблюдать (порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации и др.). В этом случае изменения технологий оказания медицинской помощи, трудового законодательства, отражающиеся в новых редакциях стандартов, порядков и различных регламентах не потребуют обязательного пересмотра трудовых договоров и должностных инструкций, поскольку работнику нужно будет знать и соблюдать требования актуализированных документов (стандартов), отражающих прогресс в отрасли. Аналогичный подход применительно к сфере трудовых компетенций медицинских работников положительно зарекомендовал себя при разработке профессиональных стандартов по медицинским должностям.

В профессиональных стандартах требование «Необходимые знания» (в случае, когда речь идет об оказании медицинской помощи) предполагает знание порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации. Знание этих документов предполагает знание строения соответствующих органов, систем, современных медицинских технологий и т.п. Такое понимание хорошо сочетается и с системой непрерывного медицинского образования, и с регламентацией постоянно меняющихся квалификационных требований к медицинским работникам, формируя тем самым рациональный подход к обеспечению соответствия трудовых отношений динамичным изменениям в здравоохранении.

Другим важным направлением совершенствования трудовых отношений в здравоохранении является придание им большего мотивационного характера. В настоящее время заработная плата работника крайне слабо зависит от конечных результатов труда. К сожалению, эффективный контракт, внедрившийся во многих случаях формально, не смог кардинально

изменить ситуацию. Специфика здравоохранения зачастую не позволяет использовать стандартные показатели оценки деятельности работников в виде выработки, нагрузки и других экономических показателей. Например, большое число посещений участкового врача-терапевта характеризует, скорее, негативные результаты его работы — высокую заболеваемость прикрепленного населения, недостаточную заботу пациентов о собственном здоровье и др. Широкое разнообразие сфер деятельности медицинских работников предполагает не поиск конкретных показателей для конкретных врачей, а разработку методологических подходов к разработке показателей и критериев оценки эффективности деятельности работников здравоохранения исходя из ключевых задач, которые они должны решать.

Важным аспектом трудовых отношений являются трудовые отношения с руководителями медицинских организаций. Современная система трудовых отношений с руководителями должна являться отражением реформирования правового положения государственных (муниципальных) учреждений. Необходимо повышение эффективности деятельности государственных (муниципальных) учреждений через совершенствование системы трудовых отношений с руководителями учреждений. Однако в настоящее время явно прослеживается противоречивость регулирования трудовых отношений с руководителями государственных (муниципальных) учреждений. Так, руководитель формально (в соответствии с законодательством) имеет огромные полномочия, но возможность наказания руководителя со стороны вышестоящих органов, увольнения без объяснения причин и т.д. фактически сводит возможность реализации этих полномочий к нулю. Необходимо обеспечить баланс прав и обязанностей руководителей учреждений, адекватный статусу возглавляемых ими учреждений. Таким образом, на современном этапе проблема совершенствования трудовых отношений стоит достаточно остро. Но главное заключается в том, что грамотные методологические подходы позволяют решить многие из накопившихся проблем.

Список использованной литературы

1. *Молчанова Н. П.* Применение нормативного метода для достижения финансовой устойчивости организаций здравоохранения / Экономический форум «Экономика в меняющемся мире»: сб. научных статей (24–28 апреля 2017 г.). — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2017. — С. 80–82.
2. *Молчанова Н. П.* Финансовое планирование здравоохранения: развитие методологических основ // В сб.: Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. — ИНИОН РАН, 2017. — С. 512–518.
3. Национальная экономика. Система потенциалов / С. Г. Тяглов и др.; под ред. Н. Г. Кузнецова. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. — 367 с.

4. Теория и практика финансов некоммерческих организаций / А. В. Марзаев, Н. П. Молчанова, Т. Ю. Киселева, И. С. Рябова, В. В. Завгородняя, И. Н. Молчанов, А. Ю. Чернов, С. С. Дзусова, О. Н. Долина, Н. А. Гузь: коллективная монография; под ред. И. В. Ишиной, С. В. Фруминой. — М.: Изд. дом «Экономическая газета», 2015. — 172 с.
5. Экономические и социальные аспекты развития спортивных услуг / Н. А. Восколович, И. Н. Молчанов, Н. Б. Луговских, С. Г. Леонов, О. В. Гнетова, С. В. Михайленко: монография / под ред. Н. А. Восколович. — М.: ТЕИС, 2012. — 144 с.

О. В. КИСЕЛКИНА,
*к.э.н., доцент кафедры управления человеческими ресурсами
ИУЭФ КФУ,
г. Казань*

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА И ПОВЕДЕНИЕ РАБОТНИКА В ОРГАНИЗАЦИИ

Аннотация. В эпоху новых технологий при решении вопросов охраны здоровья и безопасности труда приоритет отдается профилактике и изменению поведения персонала. Новые подходы к безопасности труда позволят снизить уровень травматизма и профессиональных заболеваний, улучшить здоровье и благополучие работников. В статье приведены примеры лучших практик повышения уровня безопасности труда.

Ключевые слова: безопасность труда, охрана здоровья работника, поведение работника, безопасные условия труда, человеческий фактор.

В современных условиях такому важному фактору в структуре человеческого капитала, как состояние здоровья, уделяется все большее внимание. Хорошее здоровье является основой трудовой и общественной активности человека, а также ценным ресурсом для общества.

Сфера охраны здоровья и безопасности труда стремительно меняется. Внедрение на рабочих местах новых форм работы с учетом риск-ориентированного подхода, использование инновационных цифровых технологий позволяют сократить уровень травматизма, профзаболеваний и несчастных случаев на производстве. При решении задач по созданию и поддержанию безопасных условий труда приоритет отдается профилактике и созданию экономических стимулов для работодателей к сохранению жизни и здоровья работников. Особое значение приобретают постоянное вовлечение сотрудников в работу по повышению уровня безопасности и осознанное поведение персонала, проактивные действия по предупреждению происшествий, несущих угрозу здоровью.

Несмотря на то что уровень травматизма на рабочих местах в России сократился, количество несчастных случаев за десять лет уменьшилось в два раза, уровень профессиональных заболеваний остается высоким, не все рабочие места отвечают требованиям безопасности. Человеческий фактор остается слабым звеном существующей системы управления охраной труда.

Управление безопасностью труда требует постоянного внимания руководства компаний к поведению персонала и активного участия всех сотрудников в решении проблем безопасности. С каждым годом возрастают нагрузки на человеческий организм, и необходим системный подход к организации охраны здоровья и обеспечению безопасности труда. Причины несчастных случаев, повлекших травматизм в рабочее время, разнообразны. В каждой организации имеются свои слабые стороны в отношении менеджмента охраны труда. На одном предприятии это может быть неисправное или старое оборудование, на другом недостаток внимания к данной проблеме со стороны руководства, на третьем безответственное отношение к правилам безопасности самих сотрудников. Частой причиной несчастных случаев на рабочем месте является человеческий фактор, а именно пренебрежение элементарными правилами безопасности.

В процессе выполнения рабочих функций человек сталкивается с множеством событий и рабочих ситуаций, которые воспринимаются им комплексно. От того, какими установками, убеждениями и ценностями руководствуется работник, зависит его поведение. В этой связи работа над поведением сотрудников, контроль и регулирование становятся ключевыми направлениями в организации безопасности труда.

Опыт мировых лидеров показывает, что можно предотвратить травмы и свести смертельные случаи к нулю. Компания Dupon разработала систему безопасности, основанную на поведении работников. Она явилась результатом исследований, которые выявили, что основной причиной случаев травматизма и происшествий является поведение людей на рабочих местах.

Данная система включает два метода: 1) диалог о безопасности между сотрудниками, который позволяет выявить проблемы в обеспечении безопасности и решить их на основе выявленных причин небезопасного поведения работников; 2) поведенческий аудит, осуществляемый путем наблюдения за работником с последующим обсуждением или разговором, целью которого является предотвращение травм и профессиональных заболеваний. Она способствует выявлению слабых мест в организации безопасности труда, позволяет выяснить отношение работника к вопросам охраны труда и повысить культуру безопасности труда.

Оба метода (диалоги и наблюдения) можно использовать как вместе, так и по отдельности. Такая система располагает к пониманию и устанавливает обратную связь. Если подчиненные сотрудники чувствуют, что руководство компании заинтересовано в их безопасности и старается соответствовать ожиданиям, то они будут более ответственными как перед руководством, так и перед самим собой. Для того чтобы метод диалогов был максимально эффективным, следует научиться задавать вопросы в правильной форме и слушать собеседника. Аудит выявляет возможные

неправильные приемы работы на конкретном оборудовании. Риск получения травм снижается посредством напоминания работнику об опасностях и последствиях, которые он сам оценить не способен по каким-то обстоятельствам. Приемы нематериальной мотивации позволяют работнику изменить поведение.

Далеко не любая организация ставит перед собой в качестве первоестественной задачу проведения обучения и периодическую проверку навыков и знаний безопасного поведения сотрудников в рабочее время. Это весьма трудоемкий процесс. Для проведения данных мероприятий необходимо определенное количество времени, в течение которого сотрудник будет оторван от процесса своей работы. Но приоритет должен быть отдан ценности здоровья работников, а не экономическим выгодам. Практика показывает, что увеличение эффективности и производительности труда достигается при одновременном повышении уровня безопасности.

При внедрении новых подходов в организации безопасности труда необходимо создавать команду компетентных в этой области специалистов. Они должны будут разрабатывать программы обучения вновь принятых сотрудников методикам определения индивидуального профессионального риска, проводить инструктаж, оценивать уже работающих в организации, планировать теоретические и практические мероприятия, направленные на совершенствование знаний по охране труда, контролировать выполнение возложенных на сотрудников обязательств, касающихся безопасности их труда.

Международная организация труда (МОТ) проводит постоянную работу над созданием правильных образцов поведения и повышением компетентности в вопросах безопасности труда. Чтобы свести техногенные угрозы к минимуму, предотвратить ошибки и опасное поведение, МОТ предлагает усилить мотивационный потенциал безопасного труда. В системе материального стимулирования каждой организации необходимо учитывать личный вклад сотрудника в дело снижения интегрального показателя уровня профессионального риска в организации.

Законодательство нашей страны представлено значительным массивом нормативных актов по охране труда и здоровья граждан. В Трудовой кодекс введены понятия «профессиональный риск» и «управление профессиональным риском». Принятие федерального закона об оценке рабочих мест по условиям труда помогает установить реальное состояние условий труда на рабочих местах. Совершенствуется система обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Но не разработан механизм обеспечения безопасности работника.

В прошлом году подписан меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве по продвижению концепции нулевого травматизма на производ-

стве. Приоритетами данной концепции являются безопасность, гигиена труда и условия труда в общем контексте их соответствующих миссий, стратегий, компетенций и ресурсов. Таким образом, организация охраны здоровья и обеспечение безопасности труда должны представлять собой согласованную систему, отвечающую интересам работника, работодателя и общества. Работник в такой системе становится активным участником, имеющим чувство ответственности за свое поведение, стремится к сотрудничеству, направленному на повышение уровня безопасности. В результате применения российскими компаниями новых подходов к безопасности труда, опираясь на лучшие международные практики, формирование культуры безопасного труда и ответственного поведения персонала позволит снизить уровень травматизма и профессиональных заболеваний, улучшить здоровье и благополучие работников.

Socio-economic efficiency of management of public health: philosophical and methodological basis: The Second annual scientific-practical conference; Lomonosov Moscow State University, Faculty of Economic; 23–24 April 2018: monography / edited by L.A.Tutov, E. M. Razumovskya, Z. R. Ziganshina. — Moscow, TEIS, 2018. — 216 p.

The monograph is devoted to the generalization of the accumulated theoretical and practical material in the field of innovations in the development of health care, Economics of health and the creation of University clinics in the transition from the model of treatment to the model of prevention and medical examination, taking into account the impact of economic and political processes in Russia and World.

The monograph consists of 9 sections: philosophy and methodology of health care; Economics and organization of health care; formation of a healthy lifestyle; medical tourism; innovation as a factor in the development of the industry; digital health. Telemedicine; conceptual bases of paradigms of modern health care development; innovative medical technologies: efficiency, barriers, good and evil; personnel policy in the field of health care.

The work is intended for teachers, researchers, medical workers, students, postgraduate students and anyone interested in improving the management of public health.

Keywords: philosophy and methodology of health, public health management, digital health.

Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания

Подписано в печать 09.07.2018.

Формат 60×90/16. Печ. л. 13,5.

Тираж 500 экз.

Заказ №

Издательство «ТЕИС»

115407, Москва, Судостроительная ул., 59

Отпечатано в ППП «Типография «Наука»

121099, Москва, Шубинский пер., 6